Nr. 36. 6. września 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Adam STADNICKI. Lwów.

Sprawy ropne w płucach na podstawie materjału Oddziałów Wewnętrznych Szpitala Lwowskiego.

Z Oddziału Wewnętrznego I Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Ordynator: Doc. Dr. Wincenty Czernecki.

Obecnie częściej niż dawniej rozpoznaje się i opisuje sprawy ropne w płucach. Wyjaśnienia tego zjawiska szukamy w rozmaitych czynnikach. Jednym z nich miało być *działanie gazów bojowych na tkankę płucną*, która miała pod ich wpływem ulegać martwicy i następowemu ropieniu, lub zgorzeli. Działanie to mogło mieć znaczenie w czasie wojny lub w jakiś czas po niej, nie może jednak dotyczyć tych ropień, które występują obecnie w tyle lat po wojnie.

Mogłaby tu wchodzić jedynie w rachubę zwiększona wrażliwość tkanki płucnej, nabyta wskutek działania gazów trujących, a więc wytworzona pewna skłonność do martwicy i przejścia w ropienie. Zdaje się jednak, że to tłumaczenie jest niewystarczające, a przeciw niemu przemawia fakt, że na ropienia płucne zapadają nietylko mężczyźni w sile wieku, ale także kobiety i dzieci, które nie były bezpośrednio narażone na działanie gazów bojowych. Już dawniej dopatrywano się przyczyny ropienia *w zawodzie chorego* sądząc, że pewne zawody usposabiają szczególniej do powstawania spraw ropnych np. praca przy t. zw. „bejcowaniu" żelaza lub wyrobie superfosfatów (K. Zalewski).

W statystyce Oddziału Wewnętrznego I nie mogliśmy stwierdzić wyraźnej zależności schorzenia od zawodu chorego, gdyż prawie połowa chorych byli to zarobnicy dzienni lub rolnicy. Pozatem prawie w każdym zawodzie występowały sporadyczne przypadki ropni w płucach.

Największe znaczenie odgrywają w powstawaniu spraw ropnych *zakażenia bakteryjne* i następowo występująca martwica i ropienie tkanki płucnej.

Obwiniano *grypę*, jako chorobę, która miała dawać częste ropienia płuc, zwłaszcza w czasie epidemji, co zostało potwierdzone licznemi spostrzeżeniami. Jednak ropienia występujące w grypie miały inny charakter, niż ropnie, z któremi teraz się spotykamy. Były to przeważnie ropienia o charakterze ropni prosówkowych, wielkości główki szpilki, z których bardzo rzadko tylko przez zlewanie się wytwarzała się większa jama ropna, albo też sprawa szerzyła się wzdłuż naczyń chłonnych, dając obraz t. zw. ropienia „oddzielającego" *(pneumonia phlegmonosa dissecans)*. Zresztą grypa i jej epidemje występują tylko w pewnych latach i w pewnych porach roku, w których mogłyby być częstszemi sprawy ropne, a tymczasem ropienia płuc są obecnie zjawiskiem bardzo częstem, występującem stale bez względu na epidemje grypy.

Największe znaczenie w powstawaniu spraw ropnych w płucach odgrywają *zapalenia płuc* i to tak płatowe jak i ogniskowe, gdyż często przebywane mogą pozostawiać po sobie ślady w postaci zmian łącznotkankowych lub zwiększonej wrażliwości, które to zmiany mogą się stać przy następnym stanie zapalnym punktem wyjścia dla martwicy tkanki płucnej i następowego ropienia.

W statystyce Oddziału Wewnętrznego I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie, prawie 50% spraw ropnych rozwinęło się jako powikłanie zapalenia płuc. Tem, czem dla mężczyzn były zapalenia płuc, tem dla kobiet były porody lub poronienia, które dawały powód do ropień w znacznym procencie. *Rozszerzenia oskrzeli* mogą być również punktem wyjścia dla ropienia lub zgorzeli płuc. Częste są *ropnie przerzutowe* i to tak pooperacyjne jakoteż przerzutowe z ogniska ropnego w ustroju.

W powstawaniu ropni płuc mają znaczenie częściej przeprowadzane zabiegi operacyjne w jamie brzusznej (operacje wrzodów dwunastnicy), oraz zabiegi w jamie ustnej (wyłuszczanie migdałków), które mogą dawać powikłania w postaci ropni płuc, częściej jednak w tych wypadkach, w których stosuje się ogólne uśpienie, niż przy znieczulaniu miejscowem. Po zabiegach chirurgicznych bowiem mogą powstawać zatory, które następowo przechodzą w ropienie.

Nie da się zaprzeczyć, że obecnie częściej rozpoznaje się sprawy ropne, gdyż częściej się o nich myśli, a potwierdzenie i ułatwienie rozpoznania mamy w obrazach rentgenowskich.

Rozróżnienie ropnia od zgorzeli płuc jest nieraz bardzo trudne, i to nietylko klinicznie ale nawet anatomo-patologicznie, na stole sekcyjnym. Starano się znaleźć pomost łączący obie te sprawy, byłby nim t. zw. „ropień zgorzelinowy" *(abscessus gangrencscens)*. Wyrażenie to miało zobrazować stan przechodzenia ropienia w zgorzel, następnie zaś wprowadzenie określenia „ropień zgorzelinowy" miało wyrażać, że ropień i zgorzel płuca są tylko początkiem i końcem jednej sprawy, której na imię ropienie płuc.

Wielu autorów, uznając trudności rozpoznawcze ropnia i zgorzeli płuc, omawia ze względów praktycznych wspólnie obie te jednostki chorobowe i wskazania lecznicze, które są dla tych spraw prawieże jednakowe, jedynie może rokowanie jest gorsze przy zgorzeli płuc pierwotnej niż przy wtórnej. Kierując się temi względami również w naszej statystyce wspólnie omówię ropień i zgorzel płuca.

Na Oddziale Wewnętrznym Męskim Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie leczono w latach 1924—1935 210 przypadków ropień płuc, przyczem widać wzrost liczby ropień prawie z roku na rok.

w roku 1924	6	w roku 1930	9
„ „ 1925	11	„ „ 1931	26
„ „ 1926	17	„ „ 1932	24
„ „ 1927	19	„ „ 1933	21
„ „ 1928	17	„ „ 1934	23
„ „ 1929	21	„ „ 1935	16

Sprawą bardzo ważną tak dla leczenia, jak i rokowania była długość okresu od początku choroby do dnia, w którym chory zgłosił się do leczenia szpitalnego. W naszej statystyce widzimy, że w pierwszych dniach choroby zgłaszało się do leczenia bardzo mało chorych, były to tylko nieliczne przypadki. Liczba chorych wzrastała dopiero od trzeciego tygodnia, utrzymując się wyżej aż do ośmiu tygodni, poczem stopniowo opadała tak, że po kilku lub kilkunastu miesiącach, a nawet po kilku latach zgłaszali się tylko nieliczni chorzy; liczbowo przedstawia się ta sprawa następująco:

w pierwszych dniach choroby 1—6 dni	9 chorych
po tygodniu choroby	16 „
„ 10 dniach choroby	4 „
„ 2 tygodniach choroby	22 „
„ 3 „ „	34 „
„ 4 „ „	27 „
„ 5 „ „	9 „
„ 6 „ „	18 „
„ 7 „ „	6 „
„ 8 „ „	22 „
„ 9 „ „	1 „
„ 3 miesiącach „	11 „
„ 4 „ „	8 „
„ 5 „ „	8 „
„ 6 „ „	5 „
„ 8 „ „	1 „
„ 9 „ „	1 „
„ 1 roku „	4 „
„ 2 latach „	1 „
„ 4 „ „	1 „
„ 5 „ „	1 „

Wiek chorych był różny, od 15 do 85 roku życia, największa jednak liczba chorych była w wieku między 41 a 50 rokiem życia, w szczególności stan ten przedstawiał się następująco:

między 15 a 20 rokiem życia	7 chorych
„ 21 a 30 „ „	39 „
„ 31 a 40 „ „	44 „
„ 41 a 50 „ „	52 „
„ 51 a 60 „ „	44 „
„ 61 a 70 „ „	20 „
„ 71 a 80 „ „	4 „

W wywiadach 29% (60 chorych) podawało przebyte jednorazowo lub kilkakrotnie zapalenie płuc. 37% (77 chorych) przebyło w dzieciństwie, lub później choroby zakaźne, wśród nich najczęściej dur brzuszny lub plamisty, rzadziej grypę. 2,3% (5 chorych) podawało uraz w klatkę piersiową jako przyczynę obecnej choroby. 2,3% (5 chorych) przebyło przed 2—3 tygodniami zabieg operacyjny w tem 2 w jamie brzusznej, 1 polipa nosa, 1 *osteomyelitis mandibulae*, a w 1 amputację kończyny dolnej.

Ponieważ sprawa ropna rozwinęła się u nich w 2—3 tygodnie po zabiegu operacyjnym, przyjęto przyczynowy związek z operacją. Ostatnia wreszcie grupa 30,8% (64 chorych) nie przebywała, według wywiadu, żadnych chorób a pierwszem schorzeniem, na które zapadli było właśnie ropienie płuc.

Do cech bardzo ważnych i charakterystycznych dla ropienia w płucach należy ropna, najczęściej *cuchnąca plwocina*. Wprawdzie ropień „idealny" nie powinien cuchnąć i tak zwykle opisuje się go w podręcznikach, zdarza się to jednak rzadziej, a nasze ropnie najczęściej cuchnęły. Jeśliby na podstawie cuchnącej, układającej się trójwarstwowo plwociny rozpoznawać zgorzel płuca to znaczną część naszych spraw ropnych należałoby do niej zaliczyć, a tylko nieliczne przypadki do ropień czystych. Tymczasem tak nie jest, a na potwierdzenie tego można przytoczyć nasz materjał sekcyjny, na którym w nielicznych tylko przypadkach stwierdzano zgorzel, reszta zaś mimo cuchnącej, trójwarstwowej plwociny przedstawiała anatomo-patologicznie czystą sprawę ropną. Cuchnącą plwocinę stwierdzono u większości chorych 69% (u 145 chorych), nie było zaś cuchnienia w 31% (u 65 chorych).

Następną bardzo ważną cechą plwociny w sprawach ropnych, to obecność *włókien sprężystych*, która pozwala bezwzględnie na rozpoznanie rozpadu tkanki płucnej i ropienia (po wykluczeniu gruźlicy i sprawy nowotworowej), nawet wtedy, gdy obraz rentgenowski jest zupełnie ujemny. Potwierdzenie tego zdania znaleźliśmy w naszym materjale, gdzie obecność włókien i plwociny cuchnącej pozwalały często rozpoznać sprawę ropną nawet tam, gdzie obraz rentgenowski był niejasny lub ujemny. Obecność włókien w niecuchnącej plwocinie miała być, jak podają, jedną z cech charakterystycznych ropnia, a brak ich przy cuchnieniu plwociny miał być cechą zgorzeli. W przytoczonym natomiast materjale stwierdzono cuchnienie plwociny w 69% (u 145 chorych), w tem obecność włókien sprężystych w cuchnącej plwocinie w 26% (u 55 chorych). Cuchnienie i brak włókien sprężystych stwierdzono w 43% (u 90 chorych). Obecność włókien sprężystych w niecuchnącej plwocinie wykazano spośród 65 chorych tylko u 9 t. zn. w 4,3%. Jak zatem widać plwocina cuchnąca może zawierać włókna sprężyste, których obecność jest jedną z bardzo ważnych cech rozpadu tkanki płucnej.

Usadowienie się spraw ropnych w płucach przedstawia się następująco:

płuco prawe:		płuco lewe:	
płat górny	19	płat górny	9
pole podszczytowe	9	pole podszczytowe	9
płat środkowy	33	część środkowa	7
wnęka prawa	9	wnęka lewa	11
płat środkowy i dolny	5	płat dolny	34
płat dolny	40	całe płuco	5
całe pole o gorszem wyjaśnieniu	11	wnęki gęste	5
wnęki gęste	4		

Ze 130 zmian w płucu prawem 25% przedstawiało się w obrazie rentgenowskim jako jama z powierzchnią płynu i banią gazową ponad nią, z 80 zestawionych zmian w płucu lewem również 25% dawało ten sam obraz rentgenowski.

Z załączonej tabelki widać, że stosunek płuca prawego do lewego przedstawiał się u mężczyzn jak 3:2 z tem, że płuco prawe było zajęte częściej niż lewe, co łączy się z częstszem zajęciem płatu środkowego w płucu prawem (aż 33 razy). Płat górny po stronie prawej był 2 razy tak często zajmowany jak płat górny po lewej. Inne odcinki płuc były zajmowane prawie tak samo często.

Bardzo pomocnemi w rozpoznawaniu wielkości i usadowienia się ropienia są prześwietlania i zdjęcia rentgenowskie. Obraz „niejednolitego i nieostro odgraniczonego zaciemnienia" dały one w 72% (w 151 przypadkach). Podczas kiedy w 25% (u 52 chorych) ropienie przedstawiało się w obrazie rentgenowskim jako wyjaśnienie owalne z dłuższą osią pionową i poziomą linją płynu ruchomą z banią gazową ponad nią. Około 2,5% przypadków (5 chorych) dało obraz rentgenowski ujemny. Za sprawą ropną przemawiały tutaj cuchnąca plwocina i obecność włókien sprężystych, przyczem rentgenologicznie stwierdzono jedynie zagęszczenie rysunku wnękowego.

Powikłania w ropniach były dość częste, wynosiły one około 23% i przedstawiały się następująco: 13% powikłań przypadało na ropne zapalenie opłucnej, z czego 1,4% stanowiły ropne zapalenia opłucnej, powstałe jako powikłania odmy. Krwotoki płucne większe były stosunkowo rzadkie i wynosiły zaledwie 8% powikłań. Około 2% zajmują przebicia ropnia do opłucnej albo nazewnątrz.

Według naszej statystyki ropnie powikłane ropnem zapaleniem opłucnej dawały lepsze wyniki pooperacyjne niż te, gdzie tego powikłania nie było.

Leczenie ropni polegało na podawaniu środków chemicznych oraz stosowaniu zabiegów chirurgicznych jak sztuczna odma i zabiegi krwawe. Środkami wewnętrznemi leczono około 69,3% chorych. Wyników leczenia nie można było tutaj dokładnie stwierdzić, gdyż chorzy odchodzili najczęściej ze Szpitala po krótkim pobycie, przed ukończeniem leczenia, z poprawą stanu lub też bez niej.

Chorym podawano mieszankę zawierającą: *Camphorae tritae* 0,15, *Terpini hydrati* 0,20, *Natrii benzoici* 0,30 3 razy dziennie proszek. Pozatem stosowano Novarsenobenzol w dawkach po 0,15 w wodzie przekroplonej co trzeci dzień, przyczem objawów ubocznych poza zwyżką ciepłoty w dniu zastrzyku nie zauważono. Stosowanie Novarsenobenzolu dawało poprawę w postaci odwonienia plwociny, a czasem i spadku ciepłoty tak, że środek ten stosowano chętnie prawie w każdym przypadku ropienia płuc.

Wyleczeń przy stosowaniu jedynie mieszanki i zastrzyków Novarsenobenzolu zanotowano tylko 3, a dotyczyły one osobników młodych, u których w krótkim stosunkowo czasie, bo po 4—6 tygodniach przyszło do wygojenia dość dużej jamy, co potwierdziło prześwietlenie rentgenowskie. Leczenie swoiste, t. zn. Novarsenobenzolem i Airolem przeprowadzono u 5 chorych. U 4 z tych chorych odczyn Wassermanna był dodatni, jeden zaś podawał w wywiadach przebytą kiłę i przebyte kilkakrotnie leczenie. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono cuchnienie plwociny, w obrazach rentgenowskich zaś wyjaśnienie z powierzchnią płynu, nie stwierdzono natomiast obecności włókien sprężystych w plwocinie. Leczenie swoiste przeprowadzono tutaj raczej z uwagi na dodatni odczyn Wassermanna, gdyż ostry początek choroby i wysoka leukocytoza przemawiały za sprawą nieswoistą. Z przytoczonych 5 przypadków tylko w jednym osiągnięto wynik dodatni po zastosowaniu leczenia swoistego.

Z innych środków stosowano zastrzyki Camphochiny, Trypaflawinę ½—2%, duże dawki urotropiny, a ostatnio zastrzyki Aurosanu, jednak osiągane temi lekami wyniki były bardzo nikłe. Aurosan stosowano w 2 przypadkach ropni przewlekłych, cuchnących, gdzie otrzymano jedynie odwonienie plwociny. Surowica przeciwzgorzelinowa nie dała spodziewanych wyników. Stosowano również 33% alkohol w 40% glukozie w 5 przypadkach, w 1 z nich uzyskano znaczną poprawę, pozatem większych wyników leczniczych nie stwierdzono, a jako uboczne działanie występowały po zastrzykach rozległe zarośnięcia naczyń żylnych, co przemawiało za stosowaniem alkoholu w mniejszych stężeniach, któreby nie uszkadzały tak znacznie ścian naczyniowych.

Leczenie środkami wewnętrznemi z małemi wyjątkami prawie zawiodło (1,5% wyleczeń, 10% poprawy). Przyczyną tego był obok złośliwości samej sprawy chorobowej także może i fakt, że często chorzy zgłaszają się do Szpitala już w stanie bardzo ciężkim, nieraz w okresie końcowym, kiedy siły obronne ustroju załamywały się, a choroba tak daleko się posunęła, że środki wewnętrzne już zawodzą.

Wyniki uzyskane przy leczeniu środkami wewnętrznemi przedstawiają się następująco: w 1,5% (3 chorych) uzyskano wyleczenie, 10% (20 chorych) opuściło Szpital z poprawą, a 34% (68 chorych) opuściło Oddział bez widocznej poprawy. Śmiertelność wynosiła około 23% z ogólnej liczby chorych.

Leczenie chirurgiczne pośrednie t. j. sztuczną odmą, stosowano dość często, gdyż prawie w 14% (30) przypadków z ogólnej liczby chorych. Zasadniczo nie kierowano się tutaj wiekiem, gdyż zakładano odmę w każdym wieku od 15—75 roku życia. W każdym przypadku stosowano przed odmą i w czasie jej trwania leczenie Novarsenobenzolem; przed odmą stosowano je jednak krótko, bo tylko 1—2 tygodnie, aby mogące wytworzyć się przy tem leczeniu zrosty nie utrudniły następnie zastosowania odmy. Odmę stosowano przeważnie w świeżych przypadkach (po 1—5 tygodniach choroby), rzadko tylko w ropniach przewlekłych (2—5 miesięcy od początku choroby).

Odmę stosowano u chorych w wieku między:

15—20 r. życia	w 1 przyp.,	z czego zejść śmiertelnych		—
21—30 r.	„ w 6 „	„		3
31—40 r.	„ w 11 „	„		1
41—50 r.	„ w 7 „	„		1
51—60 r.	„ w 2 „	„		1
65—75 r.	„ w 2 „	„		1

Na pytanie, w jaki czas po rozpoczęciu choroby zakładano odmę daje odpowiedź zestawienie następujące:

po 2—3 dniach choroby	1 chory,	z czego zmarło	—
„ 1 tygodn. „	3 chorych	„	2
„ 2 „ „	4 „	„	—
„ 3 „ „	13 „	„	2
„ 4 „ „	2 „	„	1
„ 5 „ „	2 „	„	1
„ 2 mies. „	1 „	„	—
„ 3 „ „	1 „	„	—
„ 4 „ „	1 „	„	1

Stosunek płuca prawego do lewego przypadków leczonych odmą był podobny, jak w ogólnej liczbie t. zn. jak 3:2 (17:12).

Usadowienia się ropienia w przypadkach leczonych odmą stwierdzono:

w płucu prawem:		w płucu lewem:	
płat górny	4	płat górny	2
pole podszczytowe	2	pole podszczytowe	3
wnęka prawa	3	wnęka lewa	4
płat środkowy	4	część środkowa	3
płat dolny	4	płat dolny	1

Odmę stosowano bez względu na umiejscowienie ropnia, jeśli tylko pozwalały na jej założenie ogólny stan chorego, wolna od zrostów opłucna i brak ognisk przerzutowych w drugiem płucu. Wyniki leczenia odmą spraw ropnych w płucach obejmują: z ogólnej liczby chorych, u których stosowano to leczenie (30 chorych) zyskano 33% (10 chorych) wyleczeń zupełnych, stwierdzonych nietylko klinicznie ale także rentgenologicznie. Poprawę uzyskano w 23% (u 7 chorych), przyczem późniejszy los tych chorych nie jest nam znany, gdyż nie zgłosili się oni do dalszych dopełnień odmy.

Z 30 wymienionych chorych do leczenia operacyjnego musiano skierować 6 chorych (20%). U 2 chorych wskazaniem do zabiegu był niezadowalający wynik leczenia odmą, wskutek niemożności uciśnięcia zbyt dużego ropnia lub niepodatnych ścian, u 4 zaś chorych wskazaniem było powikłanie odmy ropnem zapaleniem opłucnej.

Przyczyną ropnego zapalenia opłucnej było w 2 przypadkach przebicie ropnia do wolnej jamy opłucnej. Ropień w tych przypadkach był usadowiony w polu podszczytowem, a następnie wytworzone zrosty nie pozwoliły na wystarczające uciśnięcie płuca odmą. W 2 innych przypadkach przyszło do ropnego zapalenia opłucnej przy usadowieniu ropni w okolicy przywnękowej i w płacie dolnym. W tych 4 przypadkach musiano wykonać zabieg operacyjny, przyczem dwaj chorzy zmarli.

Śmiertelność w przypadkach powikłania odmy ropnem zapaleniem opłucnej wynosiła 17% (5 chorych na 30 chorych leczonych odmą). Chorych tych nie skierowywano do operacji spowodu ciężkiego stanu ogólnego, lub spowodu braku zgody na zabieg z ich strony. Ponieważ ropne zapalenia opłucnej mają stanowić najważniejszy dowód przeciw stosowaniu odmy, zajmiemy się szczegółowem omówieniem przypadków śmiertelnych, które zaszły przy tem powikłaniu, omawiając je wspólnie z innemi przypadkami śmierci, które wystąpiły przy stosowaniu odmy.

Ogólny odsetek śmiertelności przy leczeniu odmą wynosi 23,8% (7 chorych).

I. Chory M. K., l. 43, tutaj ropień był usadowiony w płacie górnym, leczony alkoholem, odmę założono tylko jednorazowo (400 cm³ powietrza), śmierć nastąpiła spowodu skrwawienia z nadżartego naczynia.

II. Chory M. S., l. 75, ropień przerzutowy (po amputacji nogi), w górnym płacie. Mimo podeszłego wieku wyniki po zastosowaniu odmy były dobre, ponieważ jednak chory stale pozostawał w łóżku wskutek braku protezy, wywiązało się po drugiej stronie ogniskowe zapalenie płuc, które stało się przyczyną śmierci.

III. Chory St. G., l. 25, ropień mnogi, usadowiony w dolnych częściach płuca, u osoby wyniszczonej gruźlicą drugiego płuca, krwotokami i biegunkami. Odmę stosowano dwa razy, jako powikłanie wystąpiło ropne zapalenie opłucnej, które u osobnika wyniszczonego stało się ostateczną przyczyną śmierci.

IV. Chory J. N., l. 25, ropień przywnękowy, występujący jako powikłanie u osobnika z gruźlicą płatu górnego i serowatą gruźlicą gruczołów, jako powikłanie dodatkowe ropne zapalenie opłucnej. Zły wynik leczniczy odmy, mimo młodego wieku chorego, należy przypisać współistnieniu gruźlicy.

V. Chory Sm. T., l. 54, ropień zgorzelinowy, wychodzący z rozszerzeń oskrzeli. Przerzuty ropne do mózgu i innych narządów oraz wada serca. Chory ten, jak przekonaliśmy się później przy sekcji, nie nadawał się do leczenia odmą, właśnie spowodu ropni przerzutowych w innych narządach.

VI. Chory St. Hor., l. 26, ropień przywnękowy; zrosty nie pozwoliły na należyte uciśnięcie płuca. Jako powikłanie wystąpiło ropne zapalenie opłucnej.

VII. Chory St. B., l. 35, dwa ropnie podopłucnowe w górnym płacie, stan przewlekły, który zaczął się przed 4 miesiącami. Stosowanie odmy dało tutaj ropne zapalenie opłucnej.

U 11 więc chorych, t. j. u 30%, przy stosowaniu odmy powstało jako powikłanie ropne zapalenie opłucnej, które u 5 (14%) skończyło się śmiercią, w pozostałych zaś przypadkach (6, t. j. 16%), wykonano zabieg operacyjny.

Przy dokładnej ocenie przypadków widać, że odsetek powikłań byłby znacznie mniejszy, gdyby dobór przypadków do stosowania odmy był ostrożniejszy. Na zarzut, że stosowanie odmy daje często ropne zapalenie opłucnej możnaby odpowiedzieć, że lepszy wynik pooperacyjny mamy przy ropniach powikłanych tem zapaleniem, niż tam gdzie tego powikłania nie było.

Ten sam zarzut możnaby również podnieść przy leczeniu gruźlicy odmą, która może spowodować wytworzenie wysięku często jałowego, ulegającego zresztą nierzadko wessaniu. Przy gruźlicy jednak rzadziej przychodzi do zakażenia wysięku poodmowego, a zatem i do konieczności zabiegu operacyjnego. Mimo to nie należy zarzucać metody leczenia odmą, należy jednak, jak to już było wspomniane, dobierać do niej przypadki odpowiednie tak, by możliwość tego powikłania była jaknajmniejsza.

Przy ocenie sposobu leczenia spraw ropnych w płucach odmą, możnaby powiedzieć, że jest to metoda dająca niezłe wyniki lecznicze, u 10 bowiem naszych chorych na 30 (33%) nastąpiło wyleczenie, a u 7 chorych (23%) znaczna poprawa. Ujemny wynik był u 5 chorych (20%) tak, że chorych tych musiano skierować do leczenia operacyjnego. Zmarło przy stosowaniu odmy 7 chorych, t. j. 23,8%.

Odma daje dobre wyniki przy *wczesnem zastosowaniu*, przy *wolnej* jamie opłucnowej od zrostów, przy *umiejscowieniu* ropnia w płacie środkowym i dolnym, oraz przywnękowo.

Nie nadają się do leczenia odmą chorzy z ogólnem wyniszczeniem, biegunkami i przerzutami do innych narządów; nie nadają się ropnie powierzchowne, znajdujące się tuż pod opłucną i zrośnięte z opłucną ścienną, ropnie przewlekłe (gdyż w tych razach proces zapalny jest tak daleko posunięty, że mało podatne płuco nie daje się ucisnąć) a wreszcie ropnie mnogie, zajmujące też i drugie płuco. Ropnie pola podszczytowego leczymy odmą wyjątkowo, gdyż przebijają one często do opłucnej, powodując jej ropne zapalenie.

Do leczenia operacyjnego skierowano 45 chorych, t. j. 21,7% z ogólnej liczby chorych. Zabieg operacyjny wykonano tylko u 30 chorych (14,2%) ogólnej liczby, gdyż 15 chorych nie zgodziło się na zabieg.

Do zabiegu operacyjnego skierowywano chorych w wieku:

od 15—20 r. ż.	2 chorych,	z czego zmarło	1	t. j. 50%
od 21—30 r. ż.	5 „	„	3	„ 60%
od 31—40 r. ż.	7 „	„	3	„ 42,6%
od 41—50 r. ż.	6 „	„	2	„ 33,3%
od 51—60 r. ż.	5 „	„	4	„ 80%
od 61—70 r. ż.	1 „	„	—	„ —

Przy uwzględnieniu wieku chorych stwierdzono w naszych przypadkach największą śmiertelność pooperacyjną po 51—61 r. ż., wynosi ona aż 80%, najmniejsza była śmiertelność w wieku od 31—50 r. ż., w naszej tabeli wynosiła ona od 33—42,6%.

Ze stanowiska chirurgicznego ważnym jest fakt, kiedy chory dostał się pod opiekę chirurga. Naogół utarło się przekonanie, że chory powinien być skierowany do zabiegu operacyjnego przed upływem 8 tygodni, nie wcześniej jednak niż po 6 tygodniach, chyba, że wymaga tego szczególnie ostry przebieg ropienia i ciężki ogólny stan chorego.

Poniżej podaję statystykę zabiegów operacyjnych:

W. Sch. l. 33, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu.

K. W. l. 50, zgłosił się na O. W. I. po 7 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 dniu.

J. B. l. 31, zgłosił się na O. W. I. po 7 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu.

A. Dz. l. 17, zgłosił się na O. W. I. po 2 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 dniach (zmarł po operacji).

Z. T. l. 55, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu.

J. B. l. 61, zgłosił się na O. W. I. po 5 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po półtora tygodnia.

K. K. l. 45, zgłosił się na O. W. I. po 6 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 2 tygodniach.

J. Sz. l. 38, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 2 dniach (zmarł po operacji).

A. S. l. 29, zgłosił się na O. W. I. po 2 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 dniach (zmarł po operacji).

J. T. l. 26, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu (zmarł po operacji).

J. J. l. 26, zgłosił się na O. W. I. po 2 dniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu.

L. B. l. 41, zgłosił się na O. W. I. po 6 dniach od początku choroby, do operacji skierowany po 4 tygodniach.

H. W. l. 38, zgłosił się na O. W. I. po 4 miesiącach od początku choroby, do operacji skierowany po 5 dniach.

D. W. l. 46, zgłosił się na O. W. I. po 1 roku od początku choroby, do operacji skierowany po 2 tygodniach (zmarł po operacji).

M. Z. l. 42, zgłosił się na O. W. I. po 1 miesiącu od początku choroby, do operacji skierowany po 3 tygodniach.

S. N. l. 28, zgłosił się na O. W. I. po 1 tygodniu od początku choroby, do operacji skierowany po 5 dniach (zmarł po operacji).

St. W. l. 46, zgłosił się na O. W. I. po 3 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 5 dniach.

D. Sch. l. 52, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 2 tygodniach.

D. M. l. 52, zgłosił się na O. W. I. po 1 tygodniu od początku choroby, do operacji skierowany po 2 tygodniach (zmarł po operacji).

St. Sz. l. 37, zgłosił się na O. W. I. po 3 dniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu.

J. Dr. l. 18, zgłosił się na O. W. I. po 1 tygodniu od początku choroby, do operacji skierowany po 8 tygodniach.

W. Ł. l. 35, zgłosił się na O. W. I. po 3 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 2 tygodniach (zmarł po operacji).

S. M. l. 21, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 dniach.

W. K. l. 35, zgłosił się na O. W. I. po 3 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 dniach.

L. J. l. 64, zgłosił się na O. W. I. po 2 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu (zmarł po operacji).

G. Cz. l. 43, zgłosił się na O. W. I. po 8 dniach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 tygodniach (zmarł po operacji).

W. B. l. 52, zgłosił się na O. W. I. po 3 i pół tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu (zmarł po operacji).

J. B. l. 35, zgłosił się na O. W. I. po 6 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 tygodniach (zmarł po operacji).

M. M. l. 56, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 dniach (zmarł po operacji).

J. W. l. 59, zgłosił się na O. W. I. po 3 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 tygodniach (zmarł po operacji).

Chorzy skierowani do operacji, lecz nieoperowani:

M. M. l. 35, zgłosił się na O. W. I. po 2 miesiącach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu.

B. S. l. 30, zgłosił się na O. W. I. po 6 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu.

M. L. l. 60, zgłosił się na O. W. I. po 5 miesiącach od początku choroby, do operacji skierowany po 5 tygodniach.

M. Tr. l. 27, zgłosił się na O. W. I. po 8 miesiącach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 tygodniach.

H. W. l. 64, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 2 dniach.

A. P. l. 42, zgłosił się na O. W. I. po 3 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 3 tygodniach.

J. K. l. 44, zgłosił się na O. W. I. po 3 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 5 tygodniach.

R. R. l. 45, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 2 tygodniach (zmarł nieoperowany).

P. M. l. 48, zgłosił się na O. W. I. po 6 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu.

A. K. l. 55, zgłosił się na O. W. I. po 5 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 2½ tygodniach.

T. K. l. 30, zgłosił się na O. W. I. po 3 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 5 dniach.

M. T. l. 36, zgłosił się na O. W. I. po 4 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 2 tygodniach.

L. B. l. 51, zgłosił się na O. W. I. po 3 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 2 tygodniach (zmarł nieoperowany).

F. L. l. 51, zgłosił się na O. W. I. po 6 tygodniach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 dniu (zmarł nieoperowany).

J. L. l. 51, zgłosił się na O. W. I. po 6 miesiącach od początku choroby, do operacji skierowany po 1 tygodniu (zmarł nieoperowany).

Jak świadczą powyższe dane, chorych skierowano do zabiegu operacyjnego dość wcześnie, najczęściej przed upływem przepisanego czasu (6—8 tygodni).

Jeśli przy ocenie wyników operacyjnych uwzględni się, że u 4 chorych ze sprawą ropną wykonano jedynie wyrwanie nerwu przeponowego, to sam zabieg operacyjny, polegający na wycięciu żeber i sączkowaniu, wycięciu większej ilości żeber, lub wycięciu większej ilości żeber i sączkowaniu wykonano u 26 chorych, z czego zmarło 13, przeciętny odsetek śmiertelności wynosił zatem 50%.

Przypadki operowane przedstawiały się w postaci ropni niepowikłanych ropnem zapaleniem opłucnej w 9 przypadkach. Wynik pooperacyjny przedstawiał się tutaj w postaci 34% wyleczeń z 66% śmiertelnością. Lepsze wyniki operacyjne osiągnięto w tych przypadkach, które były powikłane ropnem zapaleniem opłucnej, takich chorych operowano 17 z czego zmarło 7, t. zn. 41,6%, wyleczono zaś 58,4%.

Jeśli porówna się wyniki osiągnięte przy stosowaniu odmy u chorych z ropniami płuc z wynikami uzyskanemi drogą operacyjną, to wyniki leczenia odmą można uważać za dość dobre, może nawet za lepsze od wyników operacyjnych.

W każdym więc przypadku ropienia w płucach, jeśli tylko pozwalają na to warunki powinno się stosować przedewszystkiem leczenie odmą, jako mniej ryzykowne, bo dające mniejszy odsetek śmiertelności a zabieg operacyjny stosować tylko wtedy, jeżeli wyniki leczenia odmą są mieznaczne lub całkowicie nie zadawalają lub też przy powikłaniach ropnem zapaleniem opłucnej; wreszcie do leczenia jedynie operacyjnego nadają się ropnie z istniejącemi zrostami opłucnowemi.

Godną uwagi jest rzeczą, że w naszej statystyce wyniki pooperacyjne są lepsze w przypadkach ropni powikłanych ropnem zapaleniem opłucnej (śmiertelność wynosiła 41,6%), niż w tych przypadkach, w których tego powikłania nie było (66%). Fakt ten tłumaczyćby można tem, że do warunków jakie powstają po operacji (zapadnięcie się płuca) płuco „przystosowało się" niejako wskutek ucisku przez płyn zapalny, oraz tem, że obecność ropy w jamie opłucnowej powoduje wskutek autowakcynacji wzmożenie odporności ustroju.

Śmiertelność chorych na ropienia w płucach była dość znaczna, gdyż wynosiła ona 40%, w czem mieszczą się również chorzy zmarli w czasie stosowania odmy (3,4%), oraz zmarli po zabiegu operacyjnym (8,3%).

Co do wieku chorych śmiertelność przedstawia się cyfrowo:

od 15—20 r. życia ogólna liczba chorych 7, z tego zmarło 3, % śmiert. 42%,

od 21—30 r. życia ogólna liczba chorych 39, z tego zmarło 11, % śmiert. 28,5%.

od 31—40 r. życia ogólna liczba chorych 44, z tego zmarło 7, % śmiert. 15,6%,

od 41—50 r. życia ogólna liczba chorych 52, z tego zmarło 21, % śmiert. 40,8%,

od 51—60 r. życia ogólna liczba chorych 44, z tego zmarło 21, % śmiert. 48%,

od 61—70 r. życia ogólna liczba chorych 20, z tego zmarło 14, % śmiert. 70%,

od 71—85 r. życia ogólna liczba chorych 4, z tego zmarło 4, % śmiert. 100%.

Odsetek śmiertelności między 20 a 50 rokiem życia był nieduży, gdyż wahał między 20 a 40%, po 50 roku życia wzrastał stale.

Z 81 przypadków zakończonych śmiercią sekcję wykonano tylko u 72 chorych. Rozpoznanie kliniczne zgadzało się przeważnie z rozpoznaniem anatomo-patologicznem, a tylko w 3 przypadkach było ono mylne.

I przypadek dotyczył chorego lat 70, który zgłosił się do Szpitala w stanie ciężkim, plwocina cuchnąca, włókna sprężyste i prątki Kocha nieobecne. Prześwietlenia nie udało się dokonać spowodu ciężkiego stanu. Na podstawie wywiadu i badania fizykalnego rozpoznano: *pneumonia chronica abscedens lobi inferioris*. Na sekcji stwierdzono starą gruźlicę włóknistą i świeży wysiew.

II przypadek: chory lat 72, u którego choroba rozpoczęła się ostro, osłabieniem, brakiem apetytu. Po kilku dniach pojawiły się dreszcze, gorączka, kaszel stawał się silniejszy a plwocina stawała się cuchnąca. Przy badaniu fizykalnem stwierdzono po prawej stronie stłumienie od kąta łopatki, szmery oddechowe zniesione, a na wysokości kąta łopatki szmery oskrzelowe. Prześwietlenia i nakłucia próbnego nie wykonano spowodu ciężkiego stanu. Rozpoznano ropień płuca prawego, a na sekcji stwierdzono nowotwór wychodzący z oskrzela i ropne włóknikowe zapalenie opłucnej.

III przypadek: chory lat 60, od 4 lat cuchnąca plwocina, przy badaniu po lewej stronie stłumienie od kąta łopatki, szmery oskrzelowe. Klinicznych badań dodatkowych nie można było dokonać. Rozpoznano ropień, na sekcji zaś *bronchitis foetida, bronchiectases*.

Na 71 przypadków sekcyjnych stwierdzono na autopsji w pięciu przypadkach rozszerzenia oskrzeli jako przypuszczalny punkt wyjścia dla sprawy ropnej, najczęściej jednak stwierdzano sprawę zapalną w płucach.

Ogólny wynik leczenia spraw ropnych w płucach przedstawiał się następująco w naszym materjale:

śmiertelność wynosiła	40%
samoistnych wyleczeń przy leczeniu farmakologicznem było	1,5%
poprawę osiągnięto przy leczeniu farmakologicznem w	10%
przy zastosowaniu odmy wyleczono	5,1%
poprawa przy stosowaniu odmy wystąpiła w	3,4%
metodą operacyjną wyleczono	6,8%
bez poprawy na własne żądanie odeszło	34%

Jak z przytoczonych wyników leczenia widać, są sprawy ropne w płucach schorzeniem bardzo ciężkiem, kończącem się często śmiercią. Stąd rokowanie przy tej chorobie musi być zawsze bardzo poważne.

Dla uzupełnienia obrazu spraw ropnych w płucach przytoczę jeszcze materjał z Oddziału Wewnętrznego Żeńskiego (W. II) Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie, którego użyczył mi b. Ordynator Doc. Dr. Witold Ziembicki i Ordynator Dr. Antoni Falkiewicz, za co Im składam serdeczne podziękowanie.

W latach 1924—1935 leczono na Oddziale W. II 63 chore na sprawy ropne w płucach.

Podczas gdy sprawy ropne w płucach były u mężczyzn dość częste, u kobiet ropień płuc spotyka się mniej, co wykazuje statystyka z obu Oddziałów. Przyczyny tego zjawiska należy szukać w znanym fakcie, że kobiety rzadziej zapadają na zapalenia płuc, dające w następstwie sprawy ropne. Stosunek zachorowań mężczyzn do kobiet wyraża się cyfrą 3,5:1.

Ilość chorych zgłaszających się w poszczególnych latach była następująca:

rok	1924	1	rok	1930	7
„	1925	8	„	1931	6
„	1926	3	„	1932	6
„	1927	4	„	1933	6
„	1928	4	„	1934	8
„	1929	4	„	1935	6

W tabeli tej zaznacza się może stopniowy przyrost chorych na ropień płuc, nie jest on jednak tak znaczny jak wzrost liczby chorych u mężczyzn.

Na Oddziale było chorych w wieku od:

14—20	r. życia	6
21—30	„	29
31—40	„	10
41—50	„	7
51—60	„	10
67—70	„	1

Sprawy ropne występowały u kobiet przeważnie między 21 a 30 rokiem życia, w tym wieku było prawie 46% chorych. W późniejszym wieku był odsetek zachorowań znacznie mniejszy, spadał prawie do jednej trzeciej. Przyczyny tego zjawiska należy szukać w tem, że na okres między 21 a 30 rokiem życia przypadają ropienia po porodach, poronieniach, a także przerzutowe ropnie po zabiegach laryngologicznych i innych operacjach.

Chore zgłaszały się do leczenia szpitalnego dość wcześnie tak, że prawie 66% zgłosiło się do leczenia po upływie 1—4 tygodni, a tylko nieliczne przypadki zgłaszały się po upływie kilku miesięcy lub lat.

W wywiadach podawały chore następujące choroby:

20 chorych przebyło włóknikowe zapalenie płuc, które następowo przeszło w ropienie, u 12 chorych choroba zaczęła się objawami ogniskowego zapalenia płuc, zaś grypowemi objawami zaczęło się ropienie u 3 chorych.

Po zapaleniu gardła rozwinęło się ropienie w 1 przypadku, a w 3 innych po usunięciu migdałków, 1 chora podawała w wywiadach bezpośrednio przed chorobą przebytą trepanację wyrostka sutkowego.

Ropienia w płucach występowały jako powikłania po porodach (7 razy), po poronieniach (3 razy), po cięciu cesarskiem (1 raz), po operacjach ginekologicznych (2 razy), po usunięciu wyrostka robaczkowego (2 razy). W jednym przypadku przebił nowotwór z okolicy wpustu żołądka do płuc i wywołał sprawę ropną. Pozatem były przyczyną sprawy ropnej 1 raz zapalenie woreczka żółciowego, a raz znowu, zachłystowe zapalenie płuc po napadzie padaczkowym przeszło w ropienie.

Podobnie jak u mężczyzn i u kobiet ropnie płuc miały najczęściej plwocinę cuchnącą, która i w tych wypadkach była jedną z najbardziej charakterystycznych cech ropienia. Stwierdzono ją u 2/3 chorych (66%), dość często wykazywano w plwocinie włókna sprężyste.

Umiejscowienie ropienia najczęstsze było w płucu prawem (stosunek płuca prawego do lewego wyraża się w cyfrach 3.2:1). Przewaga płuca prawego była dość wybitna: spotykało się częste zajęcie płatu środkowego, ale i dolnego w płucu prawem.

W poszczególnych częściach płuc ropienia umiejscawiały się następująco:

płuco prawe:		płuco lewe:	
szczyt	1	szczyt	1
pole podszczytowe	3	pole podszczytowe	2
płat środkowy	17	część środkowa	3
płat dolny	26	płat dolny	7
całe pole	1	całe pole	1

Częściej u kobiet niż u mężczyzn stwierdzano w *obrazie rentgenowskim* wyjaśnienie z powierzchnią płynu (w 27 przypadkach t. j. w 45,4%), w postaci nacieku przedstawiało się ropienie 54,6%.

Leczenie spraw ropnych polegało na stosowaniu środków wewnętrznych oraz zabiegów chirurgicznych (odma, zabieg krwawy). Wyniki lecznicze uzyskane przez stosowanie Novarsenobenzolu i alkoholu były bardzo nikłe tak, że najczęściej musiano uciekać się do chirurgicznych metod leczenia.

Odmę sztuczną stosowano u 22 chorych t. j. w 35% ogólnej liczby przypadków chorobowych. Podobnie jak na Oddziale męskim, stosowano odmę w każdym wieku, przeważnie jednak między 15 a 51 rokiem życia.

Stosowanie odmy ze względu na wiek zestawione jest poniżej:

od 15—20 r. ż.	leczono odmą	5	chorych,	śmiertelność:	1 chora (20%)
„ 21—30 r. ż.	„	„ 8	„	„	—
„ 31—40 r. ż.	„	„ 4	„	„	—
„ 41—51 r. ż.	„	„ 5	„	„	3 chor. (60%)

Wynik leczenia odmą w odsetkach wynosi: z ogólnej liczby 22 chorych wyleczono odmą 9 chorych t. j. 41,6%.

Przed ukończeniem leczenia z poprawą opuściły Szpital 2 chore (9,2%).

Do zabiegu operacyjnego po bezskutecznej odmie musiano skierować 7 chorych (32,2%). Przyczyną tego było: a) wielkość ropnia i niepodatność błony ropotwórczej *(membrana pyogenes)* u 3 chorych (13,8%), b) ropne zapalenie opłucnej, które wystąpiło jako powikłanie odmy u 3 chorych (13,8%). Możliwość ropnego zapalenia opłucnej przy stosowaniu odmy nie stanowi przeciwwskazania do jej stosowania, gdyż i statystyka z Oddziału W. II wykazuje, że wynik pooperacyjny był lepszy w wypadkach tego powikłania niż tam, gdzie go nie było.

Śmiertelność w czasie stosowania odmy była nieznaczna, wynosiła ona 18,4% (4 chore).

Do leczenia operacyjnego metodą krwawą skierowano 21 chorych t. zn. 33,3% ogólnej liczby chorych. Były to przeważnie przypadki takie, których ropienie płucne było powikłane ropnem

zapaleniem opłucnej. 4 chore nie zgodziły się na operację, operowano zaś 17 chorych w wieku od 15—51 roku życia, z następującym wynikiem:

od 15—20 roku życia	3 chore, z czego zmarło:	—	
„ 21—30 „	12 „ „	6 chorych	(50%)
„ 31—40 „	3 „ „	1 chora	(33%)
„ 41—51 „	3 „ „	2 chore	(66%)

Śmiertelność więc zwiększała się w miarę wieku, podobnie, jak przy leczeniu odmą, a była największą między 41—51 rokiem życia.

Podczas kiedy największy odsetek śmiertelności przypadał u mężczyzn w czasie od 51—60 roku życia, u kobiet w statystyce Oddziału W. II ulega on przesunięciu o jedno dziesięciolecie wstecz, dając największą śmiertelność pooperacyjną już w czasie między 41—50 rokiem życia.

U kobiet również jak u mężczyzn leczenie odmą wydaje się dawać wyniki lepsze niż zabieg operacyjny, gdyż śmiertelność przy tem leczeniu jest mniejsza niż przy stosowaniu zabiegów krwawych, chory więc narażony jest mniej przy leczeniu odmą.

Ropienia płucne zebrane w materjale statystycznym możnaby podzielić na dwie grupy: *ropienia pierwotne i ropienia płuc wtórne.*

Bardzo dużą grupą są ropienia płuc wtórne, w których da się wykazać pierwotne cierpienie, wywołujące następowo sprawę ropną. Do tej grupy należą przedewszystkiem ropienia płuc przerzutowe po operacji wyłuszczenia migdałków, trepanacji wyrostka sutkowego, po porodach, poronieniach, oraz po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej i miednicy małej. Na materjale Oddziału W. I Męskiego ropienia przerzutowe można było wykazać w około 3%, podczas kiedy u kobiet liczba ta była znacznie większa, wynosiła ona prawie *22%*. Jest to zatem cyfra zbliżająca się prawie do cyfry 26,7%, jaką stwierdził prof. Nowicki na bardzo obfitym materjale sekcyjnym Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. K. obejmującym 2006 przypadków ropienia i zgorzeli płuc. Jak widać, odsetek ropień przerzutowych u kobiet jest bardzo znaczny. Do ropień przerzutowych włącza prof. Nowicki ropienia w płucach powstające przerzutowo z ropień i stanów zapalnych skóry.

W naszej statystyce, obejmującej mniejszy materjał, bo 273 przypadków, fakt ten bardzo słabo się tylko zaznaczył, mieliby̨śmy bowiem tylko 1 przypadek, w którym ropienie na skórze było przyczyną przerzutowej sprawy ropnej w płucach.

Dalszą, dość znaczną grupę ropień stanowią ropienia po zapaleniu płuc płatowem i odoskrzelowem. Tutaj różnica między anatomją patologiczną a kliniką jest dość znaczna. Prof. Orłowski omawiając zapalenia płuc podaje, że w 80% kończy się zapalenie płuc wyzdrowieniem, a w 20% pozostałych mieszczą się zejścia śmiertelne i powikłania, z których za bardzo rzadkie uważa ropienie lub zgorzel płuca. Chirurdzy wymieniają dość często zapalenie płuc jako przyczynę powstawania spraw ropnych w płucach. Inni autorowie podają bardzo różny odsetek powikłania zapalenia płuc ropieniem, bo od 2—50%.

Prof. Nowicki stwierdza ropienie i zgorzel jako następstwo nietypowego zejścia zapalenia płuc w 7,8%.

W naszym materjale ropienia stanowiły zejścia nietypowe płatowego zapalenia płuc w 30% u mężczyzn, a w 25% u kobiet.

Bardzo trudnem zagadnieniem jest sprawa ropienia i zgorzeli, jako powikłania odoskrzelowego zapalenia płuc. W materjale sekcyjnym prof. Nowickiego zajmuje ta grupa 34,6%, sam autor jednak zaznacza, że tutaj rozstrzygnięcie pytania, czy zapalenie odoskrzelowe było punktem wyjścia dla ropienia, czy też odwrotnie, jest rzeczą bardzo trudną, a nieraz wprost niemożliwą. Jeszcze trudniejszem jest to zagadnienie dla klinicysty, najczęściej przychylamy się do zapatrywania, że ropienie dołączyło się wtórnie do zapalenia.

W naszym materjale dało się stwierdzić ropienie wikłające zapalenie odoskrzelowe w nieco mniejszym odsetku, gdyż tylko w około 20%.

Jak zatem widać, prawie połowa naszych przypadków była następstwem powikłania ropieniem zapalenia płatowego i odoskrzelowego.

Dalej, do ropień płuc wtórnych należy zaliczyć ropnie i zgorzel rozwijające się jako powikłanie rozszerzenia oskrzeli (występowały one w kilku %).

Ropnie urazowe i ropienia przechodzące na płuco z otoczenia należą do ropień płuc wtórnych. Są to dość rzadkie przypadki, u nas wynosiły one około 2%.

Oprócz ropień wtórnych, które stanowią bardzo dużą grupę spraw ropnych w płucach, istnieje jeszcze grupa *ropień płuc,* które nazwałbym *„ropniem płuc pierwotnym"*. Tutaj należy zaliczyć te przypadki, w których ani w wywiadach ani też przy badaniu nie stwierdza się istnienia pierwotnej sprawy chorobowej, mogącej dać następowo ropienie w płucach. Sam początek choroby jest dość charakterystyczny, gdyż, u osobników zupełnie zdrowych przedtem, występuje nagle gorączka, nieraz dreszcze ale zazwyczaj słabe, ogólne rozbicie, czasami kłucie w klatce piersiowej, a więc objawy ostrej choroby ściśle niezlokalizowanej, mogącej być chorobą zakaźną. Badanie przedmiotowe jest zwykle w tym okresie ujemne, badania zaś rentgenowskiego nie przeprowadza się, gdyż chory bardzo rzadko tylko, już wtedy, szuka pomocy lekarskiej. Stan ten utrzymuje się 1 do kilku dni, poczem chory czując się zupełnie dobrze wraca do swych zajęć.

Okres ten nazwałbym okresem *tworzenia się ropnia*. Najczęściej wobec ujemnego wyniku badania fizykalnego rozpoznaje się wtedy grypę. Chory oddaje się swoim zajęciom, dopiero po kilku dniach przychodzi do zaostrzenia sprawy chorobowej, powrotu gorączki, dreszczów i wystąpienia kaszlu, spoczątku suchego; następnie czasami nagle występuje ból w klatce piersiowej, duszność, nieraz z obfitem odkrztuszaniem ropnej, czasem cuchnącej plwociny; rzadziej pierwszym objawem zwracającym uwagę chorego jest krwotok, a następowo obfita, cuchnąca plwocina.

W ten sposób przeszlibyśmy do drugiego okresu ropienia t. zw. *ujawniania się ropnia*. W tym okresie dopiero, stan jest tak ciężki, że chory zwraca się zwykle wtedy do lekarza.

Stwierdzenie nacieku zapalnego ułatwia rozpoznanie ropienia w płucach. Czasem wynik badania fizykalnego płuc jest ujemny, a to wtedy, gdy sprawa usadawia się głęboko; rozpoznanie ułatwiają nam tu dokładnie zebrane wywiady.

W trzecim okresie choroby, w okresie *otwartego ropienia* odpluwa chory zwykle duże ilości ropnej, nieraz cuchnącej, czasem trójwarstwowej plwociny. Kaszel występuje zwykle napadowo nad ranem, a połączony jest przeważnie z dusznością i obfitemi potami, trwającemi pół do półtorej godziny.

Stan ten utrzymuje się zwykle przez cały czas trwania choroby, ulegając wahaniom, t. zn. plwocina może przybierać charakter mniej lub bardziej cuchnącej, ilość jej może się zwiększać lub zmniejszać, przyczem samo zmniejszanie się lub zwiększanie ilości plwociny nie ma znaczenia, gdy nie uwzględni się stanu chorego, szczególnie przebiegu ciepłoty i tętna: przy spadku ciepłoty zmniejszanie się ilości plwociny jest objawem korzystnym i odwrotnie.

Ilość odkrztuszonej plwociny może być nieraz bardzo znaczna, może dochodzić nawet do 1 litra na dobę. Przyczyną tego jest nietylko samo ropienie, ale także tworzące się rozszerzenia oskrzeli, oraz zadrażnienie błony śluzowej oskrzeli materjałem wykrztuszanym.

Okres pierwszy tworzenia się ropienia „pierwotnego" może nieraz przebiegać prawie bezobjawowo tak, że chory zapada nagle wśród bólu w klatce piersiowej i obfitego odkrztuszania ropnej, nieraz cuchnącej plwociny, lub też znacznego krwotoku, który poprzedza obfite odkrztuszanie „pełną gębą".

Jak z tego widać, możnaby z ropnia pierwotnego stworzyć oddzielną jednostkę chorobową.

Na materjale chorych z Oddziału Wewnętrznego Męskiego stwierdzono przypadków, dających się nazwać „ropniami płuc pierwotnemi" 10, t. j. około 5%, u kobiet zaś z Oddziału Wewnętrznego Żeńskiego było ich 4, t. j. około 6.5%.

Liczba „ropień samoistnych" była prawie jednakowa u mężczyzn i u kobiet, może nawet nieco większa u tych ostatnich.

Rozpoznanie sprawy ropnej natrafia w okresie początkowym na duże trudności, zwłaszcza wtedy, gdy mamy do czynienia ze sprawą pierwotną, a nie wtórną. Podejrzenie na istnienie ropienia budzą: wysoka leukocytoza, obecność jednolitego zaciemnienia o nieostrych granicach na zdjęciu rentgenowskiem. Ropień w okresie ujawniania się jest już łatwiejszy do rozpoznania, gdyż cuchnąca plwocina, obecność włókien sprężystych, charakterystyczny obraz rentgenowski (czasem widoczna jama z powierzchnią płynu i gazu ponad nią) ułatwiają rozpoznanie. Nie należy jednak ograniczać się do prześwietlenia płuc, koniecznem jest zdjęcie, gdyż tą drogą łatwiej można wykazać rozpad tkanki płucnej. Zdjęcie rentgenowskie ma tu, jak zwykle, znaczenie jednej tylko składowej w rozpoznaniu, gdyż małe jamy mogą być na zdjęciu niewidoczne, ponadto przy rozpoznaniu ropnia należy uwzględnić i inne jego cechy kliniczne.

W naszej statystyce z Oddziału Wewn. Męskiego tylko 25% spraw ropnych dało na zdjęciach charakterystyczny obraz jamy, reszta zaś przedstawiała się w postaci nacieku. U kobiet zaś stwierdzono jamę w obrazie rentgenowskim w 45.4%, reszta zaś t. zn. 54.6% ropni przedstawiało się w postaci nacieku.

Przy *rozpoznaniu różniczkowem* należy myśleć o zropiałej torbieli bąblowca, ropieniu międzypłatowem, rozszerzeniach oskrzeli, sprawach nowotworowych, powikłaniu gruźlicy sprawą ropną, a wkońcu o *bronchitis foetida.*

Zropiała torbiel bąblowca mogłaby naśladować pierwszy okres t. zw. tworzenia się ropnia, jednak obecność ciałek białych kwasochłonnych, swoistego odczynu serologicznego, powinny skierować uwagę w należytym kierunku.

Inaczej przedstawia się sprawa *ropienia międzypłatowego.* W tych razach obraz rentgenowski może ułatwić rozpoznanie, gdyż już samo umiejscowienie zaciemnienia może budzić podejrzenie wysięku międzypłatowego, zwłaszcza przy skąpej plwocinie lub jej braku, a dalej przy braku włókien sprężystych. Często jednak ropień umiejscowiony w okolicy górnej części płatu dolnego może być powikłany ropnem zapaleniem opłucnej międzypłatowem.

Rozszerzenia oskrzeli dają inny obraz kliniczny, rzadko tylko rozpoczynają się ostro, przeważnie usadawiają się w dolnych częściach płuca, dają zmiany odżywcze paznokci, pałeczkowate palce, plwocina zaś nie zawiera włókien sprężystych. Obraz rentgenowski jest zupełnie inny, zwłaszcza bronchografja daje w tych razach obrazy charakterystyczne, gdyż ściany są ostro odgraniczone od otoczenia, a dalej oskrzele doprowadzające jest szerokie, przy ropniu zaś otwór doprowadzający bywa wąski.

Nowotwory płuc i oskrzeli stanowią bardzo poważną przyczynę pomyłek rozpoznawczych, a to z tego powodu, że nowotwory płuc często ulegają ostremu ujawnieniu przez sprawę ropną lub zgorzelinową, usadowioną w sąsiedztwie nowotworu lub w opłucnej (ropne jej zapalenie). Należy w tych razach przy różnicowaniu zwracać uwagę na przerzuty do gruczołów lub też na objawy uciskowe np. porażenie nerwu zwrotnego *(n. recurrens),* tak częste przy nowotworach płuc.

Czasem przy *gruźlicy płuc* mogą wystąpić powikłania w postaci ropienia lub zgorzeli. Rozpoznanie różniczkowe między gruźlicą a ropniem płuc jest trudne. Obecność włókien sprężystych nie ma tutaj znaczenia przekonywującego, gdyż świadczy jedynie o rozpadzie. Pewne rozpoznanie gruźlicy uzasadniają wykazane w plwocinie prątki Kocha. W powikłaniu gruźlicy sprawą ropną należy zwrócić uwagę na wygląd plwociny, charakterystyczny dla ropnia lub zgorzeli, przy równoczesnej obecności prątków Kocha.

Wkońcu musimy pamiętać *o cuchnącem zapaleniu oskrzeli (bronchitis foetida),* chociaż jest to jednostka chorobowa obecnie rzadko spotykana.

Wybór sposobu *leczenia* spraw ropnych w płucach jest bardzo trudny. Wedle różnych statystyk samowyleczenia obejmują 15—40% wyleczeń, a zdarzają się one częściej u osobników młodych. Zdaje się jednak, że odsetek ten jest za wysoki.

Anatomopatologowie zapatrują się na kwestję samowyleczeń bardzo sceptycznie, twierdząc, że tylko ropnie małe mogą ulegać samowyleczeniu przez wytworzenie się ziarniny lub zagęszczenie otorbionej ropy, która może ulegać następowo zwapnieniu. Obserwacje kliniczne przemawiają jednak za możliwością samoistnego gojenia się ropień, jednakże odsetek wyleczeń jest bardzo niewielki. Na Oddziale Wewnętrznym Męskim wynosił on tylko 1,5% (3 chorych na 210 przypadków ropienia) u kobiet zaś tylko 1,6% (1 chora na 63 przypadki).

Ropnie operowane do 40 roku życia dają również lepsze wyniki operacyjne niż po 40 roku życia, a prawie zawsze złe wyniki operacyjne dają ropnie po 50 roku życia.

Czas trwania sprawy chorobowej odgrywa również dużą rolę przy wyborze metody leczniczej. Przez 6—8 tygodni można usiłować leczyć ropienia płucne środkami wewnętrznemi, później zaś należy przejść do leczenia operacyjnego.

Ropnie przewlekłe, o ile tego wymaga stan sprawy ropnej, a wiek chorego na to pozwala, powinny być leczone albo bronchoskopją, co jednak jest leczeniem tylko objawowem, lub też operacyjnie, gdyż długi czas trwania choroby, obecność przewlekłych zmian zapalnych wykluczają prawie zupełnie możliwość wyleczenia jedynie zapomocą środków wewnętrznych. Tutaj jednak mogą być wyjątki, a to przypadki, w których przychodzi do zmniejszania się wydzieliny i pozornego wyleczenia klinicznego przez pokrycie się ściany ropnia nabłonkiem.

Umiejscowienie i wielkość ropnia posiadają również znaczenie dla wyboru metody leczenia, ropnie bowiem umiejscowione przybrzeżnie lub powikłane zapaleniem ropnem opłucnej leczy się chirurgicznie, natomiast ropnie centralne z dobrym odpływem ropy można leczyć ogólnie lub też uciskowo, zapomocą sztucznej odmy, gdyż w tych przypadkach zabieg operacyjny jest bardzo ciężki z małem prawdopodobieństwem wyleczenia. Obecność ognisk ropnych przerzutowych wyklucza również leczenie chirurgiczne, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie sprawa zajmuje tylko jeden płat płuca, a ropnie znajdują się blisko siebie. Ropnie bardzo wielkie, przy których leczenie środkami wewnętrznemi nie ma widoków powodzenia nadają się także do leczenia operacyjnego.

Przy wyborze sposobu leczenia należy wreszcie uwzględnić stan ogólny chorego. Główną zasadą powinno tu być podjęcie leczenia najmniej narażającego chorego a mogącego przynieść poprawę miejscową i ogólną.

Leczenie spraw ropnych w płucach ma za zadanie: 1) ułatwić wypróżnianie się ropnia, 2) w razie cuchnienia odwonienie plwociny, oraz 3) podniesienie sił obronnych ustroju.

Sprawa opróżniania się ropnia jest bardzo ważna, najważniejsza może z całego leczenia. Zadanie to może być ułatwione przy istnieniu szerokiej komunikacji z dużem oskrzelem, zdarza się to jednak rzadko, gdyż najczęściej otwór, którym łączy się ropień z oskrzelem jest wąski, stąd opróżnianie ropnia jest trudne, a napadowy uporczywy kaszel, połączony nieraz z silną dusznością i potami jest największą obok cuchnienia dolegliwością chorego.

Opróżnianie ropnia ułatwiają: odpowiednie ułożenie chorego oraz podawanie środków wykrztuśnych *(Ipecacuanha, Senega)* oraz środków żywicznych, mających zmniejszać wydzielanie plwociny. Tu należą: *Kalium sulfoguajacol.* (3 razy dziennie po 0,30), kreozot i wodnik terpiny. Na Oddziale W. I stosowano mieszankę o składzie: *Camphorae tritae* 0,15, *Natrii benzoici* 0,30, *Terpini hydrati* 0,20 3 razy dziennie oraz domięśniowo zastrzyki Camphochiny. Jeżeli tą drogą nie osiąga się odpowiedniego wyniku, można próbować leczenia bronchoskopją, która jest bardzo zalecana, jako środek wspomagający leczenie ogólne i miejscowe, zwłaszcza że przez bronchoskop można wprowadzić wprost do ogniska chorobowego materjał odkażający. Należy jednak pamiętać, że najczęściej połączenie ogniska chorobowego z oskrzelem jest bardzo wąskie, stąd aspiracja przez bronchoskop jest zwykle utrudniona.

Do osiągnięcia należytego opróżniania ropnia dążymy także przez zakładanie odmy, która nietylko przez ucisk całkowity, ale także przez ucisk częściowy ogniska ropnego daje znaczną poprawę. Należy jednak stosować odmę wcześnie, a dopełnienia nie powinny przekraczać 200—300 cm³ powietrza jednorazowo, wykonywać je należy w odstępach kilkudniowych, gdyż opłucna musi się przyzwyczaić do wprowadzanego gazu bez wytwarzania wysięku opłucnowego, który dość często wikła odmę.

Jeżeli kilkutygodniowe leczenie środkami wewnętrznemi i zapomocą odmy nie daje poprawy, a w porównawczych obrazach rentgenowskich niema zmniejszania się jamy, należy kierować chorego do leczenia operacyjnego, które polega na wyrwaniu nerwu przeponowego, nacięciu płuca, lub też całkowitem usunięciu części lub całego płatu płuc. Są to jednak zabiegi bardzo ciężkie, dające znaczny odsetek śmiertelności pooperacyjnej.

Leczenie odwaniające przeprowadza się zapomocą novarsenobenzolu, trypaflawiny, dużych dawek 30—40 cm³ 40% urotropiny, samej lub w połączeniu z novarsenobenzolem. Ostatnio polecane sole złota dają również szybkie odwonienie plwociny.

Emetyna jest środkiem swoistym przy ropniach amebowych, nie brak jednak głosów zalecających jej stosowanie przy wszelkich sprawach ropnych w płucach, tak cuchnących jak i niecuchnących. Stosuje się ją w dawkach od 0,01 do 0,05 co 2 dni zwiększając dawkę o 0,01 — ogółem 8—12 zastrzyków, poczem następuje 2 tygodnie przerwy i ponowne powtórzenie leczenia. W wypadkach gdzie zawodziła emetyna stosowano novarsenobenzol a następowo powtórnie emetynę.

Ogólne wzmocnienie sił obronnych ustroju przeprowadza się zapomocą szczepionek czy też surowicy przeciwpaciorkowcowej lub zgorzelinowej, lub też alkoholu, co do działania którego zdania są bardzo podzielone, gdyż przypisuje się mu działanie nasercowe, pneumotropowe, bakterjobójcze, a wreszcie bodźcowe. Zdaje się jednak, że najlepsze działanie ma alkohol przy ropniach prosówkowych, pogrypowych i ropniach innego pochodzenia niecuchnących, mniejsze przy ropniach cuchnących, w których najczęściej zawodzi.

Alkohol podawano dożylnie w rozmaitych dawkach i stężeniach, zrazu 33% w 40% glukozie w dawce od 10—30 cm³; by nie uszkodzić wątroby stosowano równocześnie insulinę w dawce 10 jednostek. Przekonano się jednak, że stężenie 33% alkoholu nie jest korzystne, gdyż powoduje ono najczęściej zarośnięcie światła żyły, co nie jest sprawą obojętną dla chorego.

Obecnie stosuje się stężenia mniejsze 20% alkoholu w roztworze fizjologicznym soli lub w glukozie, w dawkach od 30 do 50 cm³ codziennie lub co drugi dzień z równoczesnem stosowaniem insuliny.

Piśmiennictwo:

W. Biucer: Gazeta Lekarska Śląska Polskiego. Z. 1. Str. 10. 1936. — Brugsch T. und Fränkel: Kraus Brugsch Spez. Pathol. und Ther. 1924. III B. — Gorecki Zdz.: Pol. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 3. Str. 669. — Gutermann D. M.: Ther. Archi. S. H. 2. — M. Leon Kindberg et Robert Mo-

nod et Soulas: Les abcès du poumon. Masson Ed. 1932. — M. Leon Kindberg et A. Soulas: Presse méd. Nr. 94. 1930. — M. Labbé: Presse méd. Nr. 59. 1930. — Landau, Fejgin i Bauer: P. G. L. Nr. 11. 1931. — Landau i Kaminer: P. G. L. Nr. 37. 1932. — Lewin G. i Fliederbaum: Warsz. Czas. Lek. Str. 395. 1927. — Merklen et Gonnelle: Gaz. Hôp. April 15. 1931. — W. Neumann: Wien. Klin. Wschr. 9, 261, 1930. — W. Nowicki: P. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 3. Str. 738. — Gr. Nubert et D. Branisteanu: Presse méd. Nr. 9. 1930. — Orłowski W.: Patologja i terapja szczegółowa chorób wewnętrznych: choroby narządu oddechowego i śródpiersia. T. II. cz. 1. 1934. — Ostrowski T.: P. G. L. Nr. 13. 1932. — Tenże: P. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 3. Str. 720. — Sauerbruch F.: Kraus Brugsch Spez. Path. und Ther. 1924. B. III. — Scott Pinchin and H. V. Morlock: Lancet. II. 605. 1932. — E. Sergent, A. Baumgarten et R. Kowurilsky: Presse méd. Nr. 80. 1931. — Spector: J. Am. Med. Assoc. September 13. 1930. — J. Woroschilski: Odesk. m. ż. 5. H. 3/5. — Zalewski K.: G. L. Nr. 4. 1898. — Ziembicki W.: P. G. L. Nr 28. 1929.

B. JOCHWEDS i A. SZTEINBERG. Warszawa.

O wpływie normalnej surowicy końskiej oraz choroby posurowiczej na przebieg duru brzusznego.

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala na Czystem.
Ordynator: Dr. B. Jochweds.

Kiedy i dlaczego stosowaliśmy surowicę w durze brzusznym. Za jedną z najważniejszych metod leczniczych w durze brzusznym uważamy leczenie *krwią obcą*, w postaci wstrzykiwań domięśniowych bądź też, w przypadkach, przebiegających z objawami bardzo ciężkiego zatrucia i wymagających szybciej działających środków — w postaci przetaczań. Jednak bardzo często zmuszeni byliśmy zaniechać tej metody leczenia przedewszystkiem dla braku dawców. Pozatem na początku epidemji duru potwierdziliśmy spostrzeżenie (nieogłoszone) uczynione już uprzednio przez jednego z nas (B. Jochweds), że przetaczanie krwi chorym z niewielkiemi nawet ogniskami zapalnemi miąższu płucnego, powoduje w ciągu pierwszej doby wytworzenie się w otoczeniu tych ognisk rozległego odoskrzelowego zapalenia płuc. Zjawisko to powtarzało się z tak wielką regularnością, że już w drugim miesiącu epidemji zaprzestaliśmy przetaczań krwi chorym z jakiemikolwiekbądź zmianami zapalnemi miąższu płucnego. Istota omawianego zjawiska polega prawdopodobnie na tem, że już niewielki rozpad obcogatunkowego białka w tkance płucnej, jako w pierwszem miejscu zetknięcia się krwi dawcy z tkankami chorego ustroju, *może* spowodować zaostrzenie miejscowych spraw zapalnych.

Spostrzeżenia nasze dotyczą wyłącznie *początkowych* okresów stanów zapalnych u *dorosłych*, gdyż w rozwiniętem zapaleniu płuc nie ryzykowaliśmy ani razu obciążenia krwiobiegu krwią obcą; dzieciom zaś przetaczań nie robiliśmy.

Chemoterapja. Zachwalany przez Shaliego preparat bizmutowy Quinby, stosowany przez nas w dwudziestu kilku przypadkach zawiódł całkowicie, gdyż nie wpływał w najmniejszym stopniu na przebieg duru.

Wobec dużej liczby przypadków *o wybitnie ciężkim przebiegu*, w których narzucała się konieczność czynnego leczenia, a z wyżej wymienionych powodów (brak dawców, ogniska zapalne płuc) nie można było przeprowadzić leczenia krwią, zaczęliśmy szeroko stosować następny skolei środek — surowicę końską. O dużej wartości leczniczej surowicy mogliśmy się już dawniej przekonać, zarówno z piśmiennictwa jak i z własnego doświadczenia (p. dalej).

Dlaczego nie stosowaliśmy surowicy specyficznej. Czterdziestoletni wysiłek stworzenia specyficznej surowicy przeciwdurowej zawiódł. Zdaniem większości autorów (Widal(1), Landau i Fejgin(2), Karwacki(3), Jürgens(4)) żadna z wielu proponowanych surowic nie spełnia swego zadania w sensie natychmiastowego przerwania choroby i wyjałowienia ustroju, a dodatni wpływ surowicy przypisać należy nie jej właściwościom swoiście przeciwdurowym, lecz raczej działaniu jej, jako białka obcogatunkowego, wzmagającego pośrednio ogólną odporność ustroju. Bardzo być może, iż wchodzi tu również w grę, *nieswoiste antytoksyczne* działanie surowicy, co tłumaczyłoby, dlaczego wyniki stosowania surowic otrzymanych w bardzo różnoraki sposób (antybakteryjne — Klemperer i Levi(5), Bäumer i Peiper(6), Chantemesse(7) i t. d.; antytoksyczne — Kraus i Steinitzer(8, 9), Meyer i Bergel(10), Macfayden(11), Lüdke(12), Rodet(13) i t. d.) są wogóle jednakowe. Wychodząc z tego samego założenia zastosował Czylarz jako pierwszy normalną surowicę końską w durze brzusznym i otrzymał wyniki nader zachęcające. Również Landau i Fejgin(2) w swej monografji zalecają stosowanie surowicy normalnej. Pozatem najgorętsi zwolennicy stosowania surowic swoistych (Rodet (13, 21), Barof(20), Mattei i Isemein(23) i inni) podkreślają, że surowice te działają najskuteczniej w pierwszych 6 dniach duru a więc w okresie, w którym chorzy nasi nie zgłaszali się jeszcze do szpitala.

Dawkowanie. Stosowaliśmy surowicę u 44 chorych durowych w dawkach 2 razy po 30—40 cm³ w odstępach 1—2 — rzadziej 3-dniowych, ogółem 60—80 cm³ w II—V tyg. duru, prawie wyłącznie w przypadkach bardzo ciężkich z wybitnie zaznaczonemi objawami ogólnej intoksykacji.

Działanie bezpośrednie surowicy.

1) W 6 przypadkach nastąpiła bardzo szybka poprawa ogólna. Ciepłota spadła do normy już w 2—4 dni po pierwszem wstrzyknięciu, jednocześnie ustąpiły inne objawy chorobowe. We wszystkich tych 6 przypadkach surowicę stosowano spowodu ciężkiego stanu ogólnego, bez powikłań miejscowych. W jednym z tych przypadków surowicę zastrzyknięto w 7 i 8 dniu duru po 40 cm³; ciepłota spadła w 9 dniu choroby do 37,2°, w 11 dniu do 36°. W następnym przypadku surowicę zastosowano w 17 i 19 dniu choroby; ciepłota wróciła do normy w 21 dniu; w trzecim przypadku wstrzyknięto surowicę w 20 dniu (jednorazowo 20 cm³, dziecko 12-letnie), gorączka ustąpiła w 23 dniu duru, w 30 dniu nawrót, trwający 7 dni. W czwartym przypadku surowicę zastrzyknięto w 22 i 24 dniu duru spowodu bardzo ciężkiego stanu ogólnego; znaczna poprawa ogólna i spadek ciepłoty w 25 dniu choroby. Po 2 tygodniach liczne ropnie tkanki podskórnej i ropień wątroby, po 4 tygodniach śmierć. W piątym przypadku zastrzyknięto jednorazowo 30 cm³ (dziecko 12-letnie) w 23 dniu duru spowodu ciężkiego odurzenia, ciepłoty do 40° i rozlanego nieżytu oskrzelików; bardzo znaczna poprawa ogólna i miejscowa, powrót ciepłoty do normy po 2 dniach. W szóstym przypadku surowicę zastosowano dopiero w 33 i 36 dniu duru (po 40 cm³) spowodu przewlekającej się ciepłoty do 40°, ciężkiej psychozy i odurzenia; poprzednio w 20 dniu choroby transfuzja 150 cm³ krwi, bez wyniku. W 37 dniu duru spadek ciepłoty do normy, stan ogólny dobry. W 59 dniu choroby nawrót duru o średnio ciężkim przebiegu.

2) W 5 przypadkach nastąpiła po 2—3 dniach poprawa w postaci nieznacznego spadku ciepłoty oraz zmniejszenia objawów ogólnego zatrucia durowego; natomiast całkowity spadek ciepłoty i ostateczne ustąpienie powikłań miało miejsce w 5—7 dni po pierwszem wstrzyknięciu surowicy. Były to wszystko przypadki wyjątkowo ciężkie z silnie zaznaczonem odurzeniem; dwaj chorzy dotknięci byli pozatem rozległem odoskrzelowem zapaleniem obu płuc i głuchotą, spowodowaną toksycznem porażeniem nerwu słuchowego. Zarówno odurzenie jak i głuchota ustąpiły całkowicie w 2—3 dni po zastosowaniu surowicy. Stan zapalny płuc uległ w tym czasie znacznej poprawie i znikł całkowicie po 6 albo po 9 dniach, jednocześnie z ostatecznym spadkiem ciepłoty.

W 4 przypadkach poprawa rozpoczęła się pomiędzy 14 a 20 dniem duru, w piątym przypadku w 41 dniu choroby; w przypadku tym surowicę zastosowano raczej ze względu na ciężkie obustronne odoskrzelowe zapalenie płuc (p. A. Landau i B. Jochweds(19). Przypadek *bronchopneumonia gripposa* leczonej skutecznie surowicą przeciwpaciorkowcową 1929 r.).

3) W 5 przypadkach w 2—5 dni po zastosowaniu surowicy stwierdziliśmy niewielką poprawę ogólną, nieznaczny spadek ciepłoty, zmniejszenie się lub ustąpienie objawów intoksykacji i odurzenia, zniknięcie objawów nieżytowych w oskrzelach. Całkowita poprawa i ostateczny spadek ciepłoty nastąpiły w tych przypadkach dopiero po 10—15 dniach.

4) W 13 przypadkach wpływ surowicy był wątpliwy, gdyż pierwsze oznaki poprawy wystąpiły dopiero 7—10 dni po zastosowaniu surowicy.

5) W 15 przypadkach surowica nie wpłynęła zupełnie na dalszy przebieg cierpienia. Do grupy tej zaliczyliśmy również 3 przypadki, w których surowica zastosowana była w stanie beznadziejnym, tuż przed śmiercią.

Wpływ surowicy był więc dość korzystny w 16 przypadkach; wątpliwy w 13 i żaden w 15. W znacznej większości przypadków surowicę zastosowano w stosunkowo późnych okresach duru (III, IV, V tydzień), jednak podkreślić jeszcze raz należy, że były to prawie wyłącznie przypadki o bardzo ciężkim przewlekającym się przebiegu, niekiedy zupełnie rozpaczliwe. Nawet w najbardziej korzystnych przypadkach (grupa I) surowica nie zapobiegła późniejszym powikłaniom i nawrotom duru.

Choroba posurowicza.

Częstość. Choroba posurowicza wystąpiła w 17 na 41 przypadków, czyli w 42%. Tak wysoki odsetek zależy prawdopodobnie od stosowania dużych dawek surowicy. Przemawia za tem fakt, że autorzy stosujący większe dawki surowicy (Rodet (13, 21), Barof (20) i inni), spostrzegali chorobę posurowiczą w durze znacznie częściej niż np. Landau i Fejgin (2), którzy stosowali dawki małe. Na częstość występowania choroby posurowiczej nie wpływał „wiek" surowicy, gdyż nie stosowaliśmy surowicy przygotowanej wcześniej niż przed 3 miesiącami.

Objawy. Choroba posurowicza występowała przeważnie w zespole całkowicie rozwiniętym. Czas jej trwania wynosił od 2—4 dni.

Wzrost ciepłoty od kilku kresek do 1.5° obserwowaliśmy u 14 chorych. Wysypka wystąpiła u wszystkich chorych; u kilku z nich była tylko w pobliżu miejsca wstrzyknięcia, u większości była bardziej uogólniona. W 11 przypadkach stwierdziliśmy obrzmienie okolicznych gruczołów chłonnych. Stawy zajęte były w 3 przypadkach, przyczem 1 raz obrzmienie stawów wystąpiło w 2 dni po całkowitem zniknięciu innych objawów choroby posurowiczej.

Stan ogólny chorych pozostawał w ciągu choroby posurowiczej wogóle bez większych zmian, poza przemijającem ogólnem rozłamaniem i osłabieniem. Żadnych pogorszeń choroby zasadniczej, wbrew przypuszczeniom Chalier (14), Ravault et Modrin (15), Bertoge et Martin (16), nie obserwowaliśmy. Również nie spostrzegaliśmy ani razu nawrotu krwawień jelitowych i pozajelitowych nawet u tych chorych, którym stosowano surowicę spowodu krwotoku.

Krew. Liczba białych ciałek przeważnie wzrastała (z 3000—4000 do 5000—8000), rzadziej nie ulegała zmianie. Stwierdzony przez Pirquet'a (cyt. według Friedbergera (17) wzrost liczby limfocytów spostrzegaliśmy tylko w 3 przypadkach. W pozostałych przypadkach stosunek liczby obojętnochłonnych do jednojądrzastych nie zmieniał się. Prawie stale natomiast (w 13 przypadkach na 15) stwierdzaliśmy, nawet we wczesnych okresach duru komórki kwasochłonne w liczbie 1—9%. W przypadkach, w których wraz z ustąpieniem choroby posurowiczej rozpoczynał się okres zdrowienia, komórki kwasochłonne pozostawały we krwi, w przeciwnym razie ponownie znikały. W połowie przypadków leczonych surowicą, w których choroba posurowicza nie wystąpiła, stwierdziliśmy zjawienie się komórek kwasochłonnych w liczbie 1—4%, w 7—10 dni po zastosowaniu surowicy.

Liczba retikulocytów wzrastała z 0—6‰ do 20—30‰ (Jochweds i Szteinberg (18)), jednakowo w przypadkach z chorobą posurowiczą jak i bez niej.

Zapobieganie. Wszelkie usiłowania w celu zapobieżenia chorobie posurowiczej (bromek wapnia, podawany doustnie lub dożylnie, tabletki efetoniny, autohemoterapja) zawiodły zupełnie u naszych chorych.

Leczenie polegało przedewszystkiem na zastrzykiwaniach dożylnych 1—2 razy dziennie po 10 cm³ 10% bromku wapnia (patrz Landau i Jochweds (19)). Po każdem zastrzyknięciu objawy choroby posurowiczej (gorączka, wysypka) cofały się, lub ulegały złagodzeniu na przeciąg kilku godzin. Po kilku (2—6) zastrzykiwaniach objawy te znikały przeważnie na stałe. Gdy jednak w przeciągu 3 dni choroba posurowicza nie ustępowała, podawaliśmy dodatkowo adrenalinę ½ mg podskórnie w godzinę po każdem wstrzyknięciu bromku wapnia — z wynikiem bardzo dobrym. Jedynie objawy stawowe były w 2 spośród 3 przypadków oporne na wyżej wymienione leczenie, ustąpiły jednak bezpośrednio po 1—2 wstrzyknięciach dożylnych 10 cm³ 10% salicylanu sodu.

W żadnym z naszych przypadków choroba posurowicza nie trwała dłużej niż 4 dni.

Wpływ choroby posurowiczej na przebieg duru.

Z 17 przypadków choroby posurowiczej w 4 wystąpiła ona w okresie zdrowienia, nie wpływając zresztą, poza chwilowem podniesieniem ciepłoty na dalszy jego przebieg.

Z pozostałych 13 przypadków w 4 choroba posurowicza nie wpłynęła zupełnie, ani dodatnio ani ujemnie, na przebieg choroby. Natomiast w 9 przypadkach zaobserwowaliśmy zjawisko, opisane w 1929 r. przez jednego z nas wspólnie z A. Landauem (A. Landau i B. Jochweds (19)), a mianowicie, ustępowanie cierpienia zasadniczego wraz z ustąpieniem choroby posurowiczej.

* * *

Liczba obserwowanych przez nas przypadków jest niewielka; spadek ciepłoty w przypadkach tych następował przeważnie w późnych okresach duru. Pomimo to uważamy za swój obowiązek podanie wyżej wymienionych spostrzeżeń do wiadomości ogólnej, gdyż wydaje nam się, iż tak stosunkowo częste (w 9 przypadkach na 13) jednoczesne ustępowanie duru wraz z ustąpieniem choroby posurowiczej nie jest tylko przypadkowym zbiegiem okoliczności.

Charakterystyczną jest rzeczą, że we wszystkich 9 przypadkach spadek ciepłoty odbywał się krytycznie, w przeciągu 24—48 godzin, co jak wiadomo, w durze brzusznym należy do wielkich rzadkości (Jürgens (4), Landau i Fejgin (2), Huszcza (24), Mattes (25); spostrzeżenia własne, dotyczące omawianej epidemji z jesieni 1934 r.). Zaznaczyć należy, iż nagły spadek ciepłoty jest zwykły w zarzuconem już obecnie leczeniu wstrząsowem duru. Zarówno autoseroterapja anafilaktyzująca i antyanafilaktyczna (Widal, Brissaud i Abrami) jak i stosowanie dożylne szczepionek durowych (Thiroloix i Bardou, Schikave i inni), seroalbumoz (Lüdke, Storck), histaminy, aurolu (Karwacki), antivirus'u (Luxenburg) i t. d. jeżeli tylko prowadzi do wyleczenia, to zawsze poprzez krytyczny spadek ciepłoty.

Przypuszczamy, że choroba posurowicza, która według Kostrzewskiego (27) jest „potężnem wyładowaniem się, albo inaczej rozbrojeniem ustroju uczulonego", powoduje podobne do wstrząsu, lecz łagodniejsze w przebiegu przestrojenie ustroju i na tej drodze przerywać może dur.

Wartość lecznicza choroby posurowiczej w durze brzusznym była dotychczas niedoceniana. Autorowie, leczący dur brzuszny surowicami, uważają chorobę posurowiczą za powikłanie szkodliwe (Chalier (14), Ravault et Modrin (15), Bertoge et Martin (16)) i przedłużające okres zdrowienia (Le Blaye (28)). Grasset (29) za jedną z największych zalet swej „stężonej i oczyszczonej" surowicy przeciwdurowej uważa rzadkie występowanie po niej choroby posurowiczej. Również i w innych cierpieniach jest choroba posurowicza powszechnie uważana za powikłanie conajmniej nieprzyjemne (Friedberger (17), Weissenbach et Dreyfuss (22)).

W 1929 r. jeden z nas (Jochweds) wraz z A. Landauem (19) ogłosił przypadek grypowego zapalenia płuc, w którem, wraz z ustąpieniem choroby posurowiczej, ustąpiło cierpienie zasadnicze. W r. 1932 i 1933 Kostrzewski (26, 27) ogłosił na zasadzie wieloletniej obserwacji kilka przypadków różnych schorzeń, w których choroba posurowicza spowodowała, albo przyspieszyła wyleczenie. Według Kostrzewskiego choroba posurowicza niezawsze przynosi szkodę ustrojowi, „przeciwnie — nieraz okazuje się *zbawienną* tam, gdzie zawodzi postępowanie, uważane za szczyt doskonałości, t. zn. leczenie swoiste [1]".

Podkreślamy zgodnie zresztą z Kostrzewskim, że choroba posurowicza, jak każde inne leczenie bodźcowe, może niekiedy zawieść.

Piśmiennictwo:

1) Widal, Abrami et Lemierre: Nouveau Traité de Médecine. — 2) Landau i Fejgin: Dur brzuszny. Warszawa 1931. — 3) Karwacki: O leczeniu przyczynowem duru brzusznego. Warszawa 1916. — 4) Jürgens G.: Typhus und Paratyphus. Spez. Path. und Ther. inner. Krankheiten. Kraus und Brugsch. T. II. 1919. — 5) Klemperer u. Levi: cyt. według Karwackiego (3). — 6) Bäumer i Peiper: Zeitschr. f. kl. Med. 1895, cyt. według Karwackiego (3). — 7) Chantemesse: Presse Méd. 1901, 1902. — 8) Kraus u. Steinitzer: W. kl. Woch. 1907. — 9) Kraus: Infektionskrankheiten. Kraus-Brugsch. T. II. 1919. — 10) Meyer u. Bergel: Berl. Kl. Woch. 1911, cyt. według Karwackiego (3). — 11) Macfayden: Centr. f. Bakt. 196, cyt. według Karwackiego (3). — 12) Lüdke: D. Arch. f. kl. Med. 1910. — 13) Rodet: Congrès XVIII de Méd. Française. — 14) Chalier: Soc. Med. Hôp. de Lyon 11, XII. 1928. — 15) Ravault et Modrin: Soc. Méd. Hôp. de Lyon 5. III. 1929. — 16) Bertoge et Martin: Soc. Méd. Hôp. de Lyon 5. II. 1929. — 17) Friedberger: Die Anaphylaxie. Kraus-Brugsch. T. II. 1919. — 18) Jochweds i Szteinberg: Warsz. Czas. Lek. Nr. 46. 1935. — 19) Landau i Jochweds: Warsz. Czas. Lek. Nr. 38. 1929. — 20) Barof: These. Paris 1933. — 21) Rodet: Presse Médicale. 1929. — 22) Weissenbach et Dreyfuss: Les accidents sériques. Paris 1927. — 23) Mattei et Isemein: Soc. Méd. de Marseille 15, 21 i 28 luty 1934. — 24) Huszcza: Dur brzuszny. W „Podr. chorób zakaźnych". Warszawa 1924. — 25) Mattes: Diagnostyka róż-

[1]) Kostrzewski (l. id.) proponuje nawet sztuczne wywołanie choroby posurowiczej w tych przypadkach, w których choroba ta nie wystąpiła samoistnie (zapomocą zastrzyknięcia 0,5—1 cm³ tej samej surowicy).

niczkowa. Warszawa 1931. — 26) Kostrzewski: P. G. L. 1932. — 27) Kostrzewski: P. G. L. 1933. — 28) Le Blaye: Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris 1921. — 29) Grasset: Comp. Rend. de Soc. Biol. 1931. T. 106.

Dr. H. DRUCKER. Operator. Lwów.

O ropniach okołonerkowych.

Z Oddziału Urologicznego Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie. Ordynator: Doc. Dr. Stanisław Laskownicki.

Nerka leży w jamie pozaotrzewnej, w przestrzeni między tylną ścianą jamy brzusznej a tylną częścią worka otrzewnowego. Utrzymuje się ona w swem położeniu częściowo dzięki swoim naczyniom, przeważnie jednak dzięki otaczającym ją torebkom i powięziom. Te powięzie składają się z tylnej blaszki mocniejszej, zwanej powięzią Zuckerkandla, i przedniej, słabszej. Powięź nerkowa obejmuje nerkę wraz z tkanką tłuszczową i nadnerczem i przechodzi ku górze do przepony, ku dołowi zaś łączy się z tkanką łączną pozaotrzewną.

Nerka jest otoczona tkanką tłuszczową, ograniczoną od przodu i od tyłu warstwą tkanki łącznej *(fascia renalis* lub *retrorenalis).* Obie łączą się ze sobą bocznie i odgraniczają torebkę tłuszczową od tkanki zaotrzewnowej. Tylko od dołu nie łączą się one, tworząc jako powięź Gerota niejako woreczek otaczający torebkę tłuszczową, otwarty ku dołowi. Grubość torebki tłuszczowej jest nierównomierna; stylu jest ona grubsza i ku obu biegunom nerki, tworząc jakby czopy tłuszczowe w tych miejscach.

Torebka tłuszczowa tworzy ochronę nerki przed mechanicznemi urazami, dlatego też tylna jej ściana jest grubsza, bo tu nerka leży bliżej powierzchni ciała.

Równoległa do tego wielkiego znaczenia funkcjonalnego tkanki tłuszczowej — jest zależność anatomiczna unaczynienia, które jest osobne dla tkanki tłuszczowej, podobnie jak jej unerwienie czuciowe.

Nerkę otacza łuk naczyniowy utworzony z odgałęzień tętnicy przeponowej dolnej i z tętnicy nasieniowodowej wewnętrznej, zaopatrujących tkankę tłuszczową. Do tej sieci naczyniowej dołączają się jeszcze odgałęzienia *art. suprarenalis media* i pośrednie odgałęzienia tętnicy nerkowej. Prócz tego unaczyniają jeszcze torebkę tłuszczową gałązki tętnicy nerkowej.

Podobnie ścisły jest związek naczyń chłonnych. System chłonny znajduje się pod torebką włóknistą nerki i wielokrotnie się łączy ze siecią naczyń chłonnych, przechodzących przez torebkę tłuszczową. Uwzględnienie tych stosunków anatomicznych uzasadnia podział pewnych schorzeń wedle ich pochodzenia.

Zapalenie torebki tłuszczowej jest schorzeniem wcale często zachodzącem, przebiegającem w dość typowy sposób. Typowość ta nasuwała przypuszczenia, że istnieją pewne stałe warunki anatomiczne, które sprzyjają powstaniu zakażenia. Wykonano szereg doświadczeń na zwierzętach. Klasyczne doświadczenia Ribberta na królikach dowiodły, że gronkowce, krążące we krwi, w miejscu urazu wywołują ropnie.

Znaczenie, jakie ma uraz w patogenezie ropnia okołonerkowego wskazywałoby na to, że ropień okołonerkowy jest w przeważnej części przypadków ropniem przerzutowym. Istnieje różnica zdań, czy przerzut następuje wprost do torebki tłuszczowej, czy pierwotnie usadawia się on w korze nerki i tak powstały ropień korowy następowo przebija do torebki tłuszczowej, powodując powstanie ropnia okołonerkowego.

Schede, opierając się na anatomicznych stosunkach, przyjmuje, że drobnoustroje, znajdujące się w naczyniach włosowatych nerki, zamiast do dróg moczowych, mogą obrać inną drogę, mianowicie z naczyń włosowatych nerki mogą dostać się do torebki tłuszczowej. Podobnie wyraża się Zondek, twierdząc, że nietylko drobnoustroje, ale nawet jady (toksyny) bakteryjne, wydzielane przez nerkę, dostają się jużto do dróg moczowych, jużto do tkanki tłuszczowej.

Maas twierdzi, że najczęściej tworzy się ropień w korze nerki, a stąd wtórorzędnie zostaje zajęta torebka tłuszczowa drogą naczyń chłonnych lub przez przebicie ropnia z nerki do tkanek okołonerkowych. Wynikałoby z tego, że ropnie okołonerkowe powstają przez rozprzestrzenienie się *(per continuitatem)* przerzutowego ropnia nerki. Jordan uważa również, że ropień okołonerkowy poprzedza prawie zawsze ropień nerkowy.

Israel odróżnia: 1) ciągłe przejście sprawy zapalnej z ogniska korowego do torebki tłuszczowej i 2) jej zakażenie drogą naczyń chłonnych. Potwierdzają to opisy budowy anatomicznej naczyń chłonnych okolicy nerki wedle Stahra, Krimoffa i Węgłowskiego.

Z badań dokonanych przez Węgłowskiego wynika, że ropnie przy — i okołonerkowe powstają z samej nerki, że zarazek krążący we krwi, przesączając się w nerce, może być zaniesiony przez ciałka białe do naczyń chłonnych miąższu nerkowego, a stąd do gruczołów chłonnych nerki i wśród odpowiednich warunków może wytworzyć w takim gruczole ropienie. Miejsce powstawania takiego ropienia w stosunku do nerki może być przypadkowe, lecz wobec tego, że najczęściej są gruczoły chłonne w tkance tłuszczowej, położonej na tylno-dolnej powierzchni nerki, powstają ropnie przeważnie w tej części tkanki.

W piśmiennictwie wprowadzony jest podział na pierwotne ropnie okołonerkowe, powstałe drogą przerzutowej embolji i wtórne, wychodzące z poprzednio zdrowej, lub chorej nerki, lub ze sprawy zapalnej narządów, otaczających nerkę. Geneza pierwszych polega na tem, że zator drobnoustrojowy przy sprawach zakaźnych (zakażenie połogowe, *endocarditis septica,* choroby zakaźne) dostaje się drogą przerzutową bezpośrednio do torebki tłuszczowej nerki. Ropień taki może powstać drogą przerzutową w zakażeniach jak ropienie pochodzenia zębowego, zapalenie szpiku kostnego, zapalenie gruczołu krokowego (po masażu), przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, grypa, zakażenie połogowe, po skrobaniach macicy.

Za wtórnie przerzutowe ropnie uważane są przypadki, w których zator bakteryjny usadawia się w tętnicach korowych nerki, co ułatwione jest okolicznością, że są to naczynia końcowe. Taki ropień korowy przebić może torebkę włóknistą nerki i tą drogą — przez naczynia chłonne przychodzi do zakażenia torebki tłuszczowej. Naniesione krwiobiegiem drobnoustroje rozmnażają się nie w miąższu bogato unaczynionym, lecz dopiero w skąpo unaczynionej tkance tłuszczowej, dokąd dotarły drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych.

Hayasi opisuje przypadek, w którym przy pyelografji wstępującej zakażonej nerki przyszło do powstania ropnia okołonerkowego. Tłumaczy to wytworzeniem się wynaczynienia, uszkodzeniem brodawki nerkowej, skąd zakażenie przeszło drogą żylną, lub przez system szczelinowy na substancję korową nerki. Rayer opisał pierwszy zapalenie torebki tłuszczowej nerki, jako *perinephritis,* a rozumiał przez nią stan zapalny wszystkich warstw otaczających nerkę. Küster rozumie przez *perinephritis* tylko zapalenie torebki włóknistej nerki, a sprawy zapalne wewnątrz i poza powięzią Gerota obejmuje nazwą *paranephritis.* Israel nazywa zapalenie torebki tłuszczowej *epinephritis,* a stany zapalne torebki włóknistej *perinephritis.* Rehn uważa za *perinephritis* stany zapalne torebki tłuszczowej, a zapalenie tkanki tłuszczowej poza powięzią Gerota *paranephritis.*

Podział ten uzasadniony jest nietylko stosunkami anatomicznemi, lecz także sposobem powstawania wtórnych ropni tej okolicy, gdy perinefrytyczne ropnie wychodzą z nerki, paranefrytyczne zaś z innych narządów, sąsiadujących z tkanką pozaotrzewnową.

Rozpoznanie ropnia okołonerkowego spoczątku jest trudne, dopóki niema objawów miejscowych. Objawy ogólne jak ciepłota, zapad, bóle głowy, bębnica są tylko objawami zakażenia. Charakterystyczny jest nagły ból samoistny w okolicy nerki, o zmiennem nasileniu, zależny od ułożenia chorego. Do najwcześniejszych objawów należy głęboki ból na ucisk, obok samoistnego bólu w kącie między ostatniem żebrem a mięśniami wyprostnemi grzbietu. Ważne jest napięcie mięśniowe okolicy lędźwiowej z osłabieniem, względnie ze zniesieniem górnego odruchu mięśni brzusznych. Israel podaje jako charakterystyczny objaw dla ropnia dolnego bieguna nerki to, że napięcie mięśniowe nie spada ku talerzowi biodrowemu, jak w schorzeniach nerki, lecz gubi się powoli w kierunku mięśnia krzyżowobiodrowego *(m. iliopsoas).*

Przy dłuższem trwaniu sprawy chorobowej naciek zapalny zajmuje mięśnie grzbietowe. Mięśnie i powięzie twardnieją, tkanka podskórna i skóra ulegają obrzękowi. Tworzenie fałdów skórnych jest trudniejsze niż po stronie zdrowej. Zajęcie mięśni objawia się charakterystycznem ustawieniem kręgosłupa, który staje się sztywny w części lędźwiowej, a w kierunku strony chorej występuje skolioza. Boczne zginanie grzbietu w stronę ropnia możliwe jest w pewnych granicach, podczas gdy zginanie w przeciwną stronę natrafia na opór i wywołuje ból. O ile zapalenie postępuje w kierunku *m. iliopsoas* tworzy się t. zw. ustawienie *psoas, charakterystyczne* głównie dla wieku młodego.

Rozmaici autorowie różnie oceniają wyniki badań moczu. Przedstawiciele zapatrywania, że przerzut następuje wprost do torebki tłuszczowej z ominięciem nerki, stwierdzali albo brak zmian w moczu, albo małe odchylenia od normy. Wynik badania moczu jest przeważnie ujemny. Israel twierdzi, że mocz makroskopowo czysty i brak białka nie dowodzą, że nerka jest zdrowa. Wskazanem jest badanie mikroskopowe odwirowanego moczu. Podobnie zapatruje się Rehn twierdząc, że ujemny wynik badania moczu nie dowodzi jeszcze braku ropienia nerki i w torebce tłuszczowej. Często w przypadkach ropni okołonerkowych stwierdza się, że nawet osad moczu jest bez zmian.

Autorowie, którzy uważają ropień okołonerkowy jako skutek rozprzestrzenienia się ogniska ropnego w nerce na otoczenie, twierdzą, że częste i dokładne badanie moczu wykazuje zmiany, które są następstwem schorzenia nerki. W pozornie czystym moczu znajdowali ciałka czerwone i białe, tu i ówdzie wałeczki. Niektórzy zwracają także uwagę na badanie czynnościowe nerek indygo-karminem, otrzymując wyraźne różnice w wydzielaniu barwika między nerką jedną a drugą. Wkońcu kładą nacisk na stwierdzenie bakteryj w moczu ograniczonego tylko do chorej, lub większego w porównaniu ze stroną zdrową. Jeżeli przy jednostronnym ropniu okołonerkowym, powstałym przerzutowo, w obu moczach jest zwiększona ilość ciałek białych, można przyjąć, że w obu nerkach rozwinęły się ropnie korowe, które tylko z jednej strony stały się punktem wyjścia dla ropnia okołonerkowego. Wedle Kutschery nerka zdrowa tworzy dla wszystkich drobnoustrojów nieprzepuszczalny sączek; przeciwnego zdania jest Lubarsch, przyjmując, że z moczem zostają wydzielane drobnoustroje nawet przy zdrowej nerce.

Chemiczne i bakterjologiczne badanie moczu nie jest rozstrzygające, może wykazać tylko małe zmiany w nerce, wobec czego wyniki badań moczu mogą pozostawać w niestosunku z innemi objawami klinicznemi. Jak z tego wynika, badanie moczu w przebiegu ropnia okołonerkowego ma wartość bardzo wątpliwą.

Celem ustalenia rozpoznania ropnia okołonerkowego stosowane jest w ostatnich czasach jeszcze badanie rentgenologiczne. Po dokładnem wypróżnieniu droga lewatyw, a nie środkami gwałtownie działającemi można uzyskać cień części miękich na płycie. Przedewszystkiem, jako cień własny poza cieniem nerki odnośnie do położenia i kierując się umiejscowieniem cienia można wykonać nakłucie i w ten sposób uzgodnić rozpoznanie rentgenologa z rozpoznaniem klinicznem. Najczęściej uzyskuje się obraz nieprawidłowo powiększonego i zniekształconego cienia nerki, powstały przez uwydatnienie się na kliszy ostrości naciekłych otoczek nerki. Pyelografja daje możność rozpoznania, czy powiększenie należy odnieść do osłonek, czy do samej nerki. Inne objawy rentgenologiczne ropnia okołonerkowego stanowią: niedowład odpowiedniej części przepony, zaciemnienie i niewyraźne zarysowanie cienia mięśnia krzyżowobiodrowego i to jego brzegu zewnętrznego, i wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych. Do tego dołącza się odchylenie kręgosłupa lędźwiowego (wklęsłe skrzywienie boczne) uwarunkowane skurczem mięśni w sąsiedztwie ogniska ropnego, co znika po ustąpieniu sprawy chorobowej. Należy wykonać zdjęcie obustronne. Rzadko przychodzi do nadżarcia części kośćca przez ropień okołonerkowy. Prigl opisał takie nadżarcie trzech kręgów lędźwiowych, zaś Schlagenhaufer stwierdził przy autopsji nadżarcie grzebienia kości biodrowej.

Niekiedy należy przeprowadzać rozpoznanie różniczkowe między ropniem opadowym, a okołonerkowym. Inne schorzenia, jak guzy wychodzące z dolnego bieguna nerki, ropnie *m. psoas*, guzy pozaotrzewnowe i krwiaki pozaotrzewnowe nadnercza, zwłaszcza u dzieci, mogą dawać podobny obraz rentgenologiczny, jak ropnie okołonerkowe. Ważny dla rozpoznania rentgenologicznego ropnia okołonerkowego jest objaw Mathé. Przy obserwacji ruchomości nerki spostrzegał Mathé, że przy sprawach zapalnych okołonerkowych występował brak jej ruchomości. Objaw ten jest stały naturalnie przy dobrej technice rentgenologicznej. W przypadkach rozpoznawczo wątpliwych należy wykonać pyelografję wstępującą, a w przypadkach nastręczających trudności w sondowaniu moczowodu, zastrzyk dożylny uroselectanu B, perabrodylu, pelvirenu, tenebrylu i t. p. w pozycji Trendelenburga poziomej i pionowej. O ile toczy się sprawa zapalna dokoła nerki, ta nie zmienia swego położenia w żadnym kierunku; w warunkach natomiast prawidłowych w pozycji pionowej nerka znajduje się niżej, niż w pozycji Trendelenburga i poziomem ułożeniu chorego. W ułożeniu pionowem i przy głębokim wdechu brak ruchomości nerki wskazuje na sprawę zapalną okołonerkową. Marion uważa badanie rentgenowskie ropni okołonerkowych za zbędne i mało wartościowe, przeciwnego zaś zdania jest Feci. Wstrzyknięcie lipjodolu do ropnia ułatwia rozpoznanie. Zamazanie konturu *m. iliopsoas*, wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych oraz ostatnich żeber może być spowodowane naciekiem okołonerkowym. W większości przypadków ropień sam nie jest na zdjęciu Rtg. widoczny, natomiast zaznacza się powiększenie konturu nerki, który nie jest tak ostry i wyraźny. Jednem z badań pomocniczych jest nakłucie próbne. Wykonuje się je dla stwierdzenia, czy i jaka jest ropa w okolicy nerki. Przy wydobyciu ropy wykonać należy jej badanie bakterjologiczne. Co do wartości nakłucia zdania są podzielone. Ponieważ nakłucie w jasnych przypadkach jest zbyteczne, w wątpliwych zaś zależne od wielkości i umiejscowienia ropnia, nadto niebezpieczne ze względu na możliwość zakażenia samej nerki, zwłaszcza przy jej przypadkowem nakłuciu, należy je, według wielu autorów, stosować tylko w przypadkach trudnych do rozpoznania i to bezpośrednio przed zabiegiem. Przy nakłuciu mogą być i inne narządy trafione i uszkodzone. Może się także zdarzyć, że przy za głęboko wykonanem nakłuciu treść jamy nakłutej dostaje się do jamy otrzewnowej, co grozi ciężkiem powikłaniem w postaci ropnego zapalenia otrzewnej. Na szczęście powikłanie to jest niezmiernie rzadkie, gdyż otrzewna jest zawsze przez ropień odepchnięta ku przodowi (nakłucie od tyłu!). Zdarzyć się może także uszkodzenie wątroby, śledziony, naczyń, co wywołuje czasem niemiłe powikłania (krwotok). Dlatego, według wielu autorów, należy posługiwać się nakłuciem w ostateczności, a mianowicie w przypadkach trudnych do rozpoznania (Herzberger). Rehn przestrzega przed nakłuciem, gdyż nawet jego ujemny wynik nie wyklucza obecności ropnia okołonerkowego.

Na Oddziale Urologicznym Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie stosuje się prawie we wszystkich przypadkach podejrzanych o ropień okołonerkowy nakłucie przed zabiegiem operacyjnym. Wykonuje się je w znieczuleniu miejscowem, lub zamrożeniu chlorkiem etylowym. Choremu w pozycji siedzącej zaleca się po głębokim wdechu wstrzymać oddech, przyczem nakłuwa się na wysokości największej bolesności i wypuklenia (tuż pod 12 żebrem). W żadnym przypadku dotychczas nie mieliśmy wyżej wymienionych powikłań.

Drobnoustrojami najczęściej powodującemi powstanie ropni okołonerkowych są: gronkowce złociste, łańcuszkowce ropotwórcze, dwoinki Friedländera, dwoinki Neissera, laseczniki okrężnicy. Zależnie od rodzaju drobnoustrojów ropa może być zielona, żółta z domieszką kuleczek tłuszczu, gęsta ze strzępami martwiczej tkanki. Wagner twierdzi, że większa ilość tłuszczu w ropie uzyskanej przez nakłucie przemawia za ropieniem okołonerkowem.

Badanie bakterjologiczne ropy uzyskanej przez nakłucie w przypadkach ropnia okołonerkowego może nie wykazać drobnoustrojów, o czem przekonaliśmy się w przypadakch poprzednio klinicznie stwierdzonych i operowanych na Oddziale Urologicznym Szpitala Powsz., gdzie kilkakrotne badanie ropy wykazywało jej jałowość.

W etjologji ropni okołonerkowych ważne znaczenie ma uraz, przyczem najczęściej można w tych przypadkach wykazać, że schorzenie to poprzedzała jakaś sprawa ropna w innej części ciała (czyraki, zanokcica, choroby zakaźne). Kretschmer uważa, że w przypadkach, w których nie można wykazać obwodowego zakażenia, jako przyczyny powstania ropnia okołonerkowego, można stwierdzić ją w postaci obrażeń, zdarcia naskórka, które przeoczone, lub zapomniane przez chorego mogą być uważane jako brama wejścia dla zakażenia. Jako przyczyny mają znaczenie: uraz miejscowy (uderzenie, przebicie, podnoszenie ciężarów, krwiaki) wytwarzający tu *locus minoris resistentiae* i ułatwiający drobnoustrojom krążącym we krwi usadowienie się w tem miejscu i powstanie przerzutowego ropnia (okołonerkowego).

Statystyki wykazują, że ropień okołonerkowy występuje częściej u mężczyzn, niż u kobiet; pozostaje to w związku z tem, że kobiety w mniejszym stopniu narażone są na urazy i zakażenia.

Większość przypadków tego schorzenia występuje między 20—40 rokiem życia, a więc w okresie, kiedy pracujący jest narażony na urazy, zakażenia; przeziębienie stwarza — podobnie jak i w innych sprawach chorobowych — warunki sprzyjające. Po 50 r. życia rzadziej spotykamy się z ropniem okołonerkowym, lecz i we wieku starczym spotyka się to schorzenie. Rosenberg opisuje przypadek ropnia okołonerkowego w 75 r. życia. Prawie równie często usadawia się ropień po prawej i lewej stronie. Charakterystycznem dla tego schorzenia jest występowanie jednostronne. Bardzo rzadko natomiast występuje zapalenie ropne obustronnie. Nieden opisuje tylko dwa przypadki obustronnego ropnia, również dwa przypadki obserwowano w Oddziale Urologicznym Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Okres upływający od zadziałania urazu do wystąpienia ropnia okołonerkowego, t. zw. czas wylęgania, jest nieokreślony. Przeważnie trwa 6—8 tygodni, może jednak trwać kilka dni, lub całe lata. Schorzenie to rozwija się ostro, czasem zaś może przebiegać w postaci przewlekłej.

Objawy kliniczne można podzielić na ogólne i miejscowe. Objawy ogólne są wyrazem zmian toksycznych, jak wysoka gorączka, dreszcze, zapad, bóle głowy, bębnica, co tłumaczy błędy rozpoznawcze w kierunku duru brzusznego, gruźlicy prosówkowej, zimnicy, tem bardziej, że stwierdza się często powiększenie śledziony.

Leukocytoza dochodzi niekiedy od 15.000—20.000, brak jej jednak w przypadkach daleko posuniętego wyniszczenia. Obraz krwi według Schillinga nie przedstawia często nic charakterystycznego. Z objawów miejscowych charakterystyczny jest głuchy, lub kłujący ból w okolicy lędźwiowej o zmiennem nasileniu

i zależny od ułożenia chorego. Do najwcześniejszych objawów należy ból na ucisk, ponieważ ropień umiejscawia się pozanerkowo. Punkt uciskowy leży w kącie żebrowo-kręgowym, lub w okolicy XII żebra. Ważne jest napięcie mięśniowe chorego boku z osłabieniem, lub brakiem górnego odruchu brzusznego. Objawy miejscowe zależne są od usadowienia ropnia okołonerkowego. O ile ognisko znajduje się w górnym biegunie, to występują niekiedy objawy zapalenia opłucnej. Przez otwory Waldeyera w części lędźwiowej przepony graniczy przestrzeń przynerkowa *(paranephron)* wprost z jamą opłucnową. Z drugiej znów strony według Sappey'a i Küttnera prowadzą liczne przebijające naczynia chłonne z przestrzeni pozaotrzewnowej do sieci chłonnej opłucnej przeponowej, szczególnie w kierunku gruczołów przeponowych i w miejscu przyczepu przepony do 7 i 8-go żebra. Dlatego zrozumiałe jest częste stosunkowo występowanie objawów opłucnowych i płucnych przy zapaleniu torebek nerkowych.

Pomijając zaburzenia przeponowe, jak wysokie jej ustawienie i ograniczenie ruchomości, napotyka się w tych przypadkach wszystkie objawy zapalenia płuc i opłucnej od tarcia do objawów uciskowych *(atelectasis)* i wysiękowych; może dołączyć się do tego zapalenie oskrzeli i zrazikowe zapalenie płuc. Może potem przyjść do ropnia płuc, lub ropniaka opłucnej. Przy usadowieniu się ropnia na przedniej ścianie nerki występuje miejscowa bębnica i często spotykany spastyczny skurcz odpowiedniego odcinka kiszki grubej. Jeżeli ropień usadowi się na przedniej ścianie dolnego odcinka nerki, to wywiera ucisk na dwunastnicę, powodując często niedające się opanować wymioty. Ropień rozszerzając się przez otwartą ku dołowi powięź Gerota wzdłuż *m. psoas* powoduje jego przykurcz i ustawienie uda w zgięciu, a przez ucisk na żyłę czczą dolną, obrzęk kończyny dolnej i ewentualnie jej niedowład.

Rozpoznanie ropnia okołonerkowego nastręcza nieraz duże trudności. Przez długi czas obraz chorobowy zacierają objawy ogólne, jak podwyżki ciepłoty, zmęczenie, bóle głowy, dreszcze. Objawy miejscowe występują często dość późno. Jak trudne jest nieraz rozpoznanie świadczy fakt, że dopiero po długiem leczeniu wewnętrznem takie przypadki dostają się w opiekę chirurga. Od początku choroby do zabiegu operacyjnego upływa niekiedy okres 4—6 tygodni, co spowodowane jest mylnem rozpoznaniem. Obraz krwi, próby serologiczne i wreszcie stan miejscowy ustalają zwykle rozpoznanie. Prawie zawsze podobne objawy do ropnia okołonerkowego występują przy zapaleniu miedniczek nerkowych. Za ropniem, a przeciw zapaleniu miedniczek nerkowych przemawia czysty mocz, przy drożności moczowodu, bolesność na ucisk i opukiwanie, obrzęk skóry i wypuklenie okolicy lędźwiowej, lub nawet guz w tej okolicy. Przy braku obrzęku skóry i wypuklenia okolicy lędźwiowej, trudno jest odróżnić go od pojedynczego lub mnogich ropni nerkowych, łatwo natomiast odróżnić go można od kamicy nerkowej lub wodo- względnie roponercza przez wywiady, sondowanie moczowodów, obraz rentgenologiczny, względnie pyelografję.

Przy długotrwającem zakażeniu nieznanej przyczyny *(sepsis cryptogenetica)* myśleć należy o ropniu okołonerkowym.

Odróżnienie od zapalenia wyrostka robaczkowego przy zaotrzewnowem jego położeniu *(appendicitis retrocoecalis)* umożliwiają objawy otrzewnowe, bardziej wyraźne objawy miejscowe, badanie przez pochwę i odbytnicę i badanie moczu.

Niekiedy musi się wykluczyć kamicę żółciową, ropień podprzeponowy i ropień zimny lędźwiowy. Rozstrzyga tu często badanie moczu i obraz rentgenologiczny. Chorobowo zmieniona przemieszczona nerka (usadowiona w miednicy) może dawać obraz ropnia okołonerkowego. W innych przypadkach ropień okołonerkowy może dać objawy *lumbago*, rwy kulszowej, zapalenia stawów na tle reumatycznem, lub *coxitis* spowodu zajęcia przebiegających tą drogą nerwów. Przy dłuższem trwaniu naciek zapalny zajmuje mięśnie grzbietowe; mięśnie i powięzie ulegają stwardnieniu, tkanka podskórna obrzękowi. Wkońcu następuje obrzęk i zaczerwienienie samej skóry, jako przygotowanie do przebicia ropnia nazewnątrz. Przebicie następuje często do anatomicznie słabych miejsc, jak okolica lędźwiowa, *trigonum Petita*, do kąta żebrowo-kregowego. Może też przyjść do przebicia do woreczka żółciowego, do kiszki grubej i do wolnej jamy otrzewnowej. Ropień bardzo rzadko przebija do wolnej jamy otrzewnowej, gdyż jak Riedel podnosi otrzewna jest już przygotowana przez toczącą się w jej okolicy sprawę zapalną na mające nastąpić przebicie ropnia okołonerkowego (zrosty). Czasami, choć bardzo rzadko, powstaje zapalenie otrzewnej bez przebicia ropnia okołonerkowego. Zdarza się to, gdy naciek ropny w przebiegu jadowitych zakażeń umiejscowionych na przedniej ścianie torebki powoduje przedostawanie się zarazków *per continuitatem* na otrzewną (t. zw. przez Niemców *Durchwanderungsperitonitis)*.

Opisano przypadki przebicia ropnia do miedniczek nerkowych skąd ropień opróżnia się przez drogi moczowe. Może też przyjść w ciężkich zakażeniach do martwicy nerki. Pogląd, że w tych przypadkach pierwotne ognisko w nerce samo prowadzi do zropienia nerki, należy uważać za słuszny, gdyż torebka włóknista nerki stanowi dla niej dostateczną ochronę, tak, że przejście sprawy zapalnej okołonerkowej na miąższ nerkowy przy istnieniu o wiele łatwiejszych możliwości drążenia ropy w innym kierunku, jest nieprawdopodobne. Przy braku torebki włóknistej nerki przejście sprawy ropnej na nerkę jest możliwe (zakażenia po operacjach, złuszczeniu torebki).

Obok torebki włóknistej, jako torebki ochronnej nerki, ma znaczenie kierunek prądu w naczyniach chłonnych osłonek. Nerka mieści się bowiem w rozległej sieci naczyń chłonnych, w których prąd chłonki zdąża od nerki ku gruczołom i wielkim naczyniom przestrzeni zaotrzewnowej. Rzadkie są przypadki przebicia na przedniej ścianie torebki nerkowej. Jakkolwiek droga z przedniej powierzchni nerki do otrzewnej ściennej jest krótka, rzadsze są tu przebicia, niż od tylnej silniejszej powięzi pozanerkowej do części miękkich okolicy lędźwiowej, ewentualnie nazewnątrz.

Torebka tłuszczowa wykazuje też skłonności szczególnie do zlepów; z chwilą rozpoczęcia się sprawy zapalnej reaguje zrostami, otarbiając ognisko zapalne. Dlatego też ropnie okołonerkowe nie są przesuwalne jak prawdziwe guzy nerki.

Prócz postaci ropnej tego schorzenia, istnieje też postać włóknista, sklerotyczna *(perinephrite sclero-lipomateuse)*, która zamiast ropienia powoduje bujanie tkanki łącznej, dając ostatecznie zbliznowacenia łączno-tkankowe. Występuje nagół rzadko, a może być częściej zejściem postaci ropnej — nazwana przez Grecco *perinephritis lignea*. Należy ją odróżnić od fibrosklerotycznych i fibrolipomatycznych zmian w torebce, występujących po przewlekłych stanach zapalnych nerki, jak kamica i gruźlica nerki.

Co do leczenia, to może ono być zachowawcze, lub operacyjne. Leczenie zachowawcze polega przedewszystkiem na naświetlaniach promieniami Roentgena, nakłuciach wielokrotnych i stosowaniu szczepionek (Propidon, Delbet).

Naświetlania rentgenowskie, stosowane w okresie wczesnym, przyspieszają rozmiękanie ropnia; przy już istniejącem nieznacznem ropieniu przyspieszają i ograniczają proces ropny tak, że wystarcza często małe nacięcie zamiast szerokiego otwarcia, co daje lepsze wyniki kosmetyczne.

Węgłowski opisał kilka przypadków ropni okołonerkowych stwierdzonych nakłuciem, które wyleczył bez zabiegu chirurgicznego zastrzykiwaniami szczepionki Delbeta. Rehn uważa, że proces zakaźny może się samoistnie cofnąć w każdym okresie. Küster i inni opisują trwałe wyleczenie przez wypróżnienie ropnia nakłuciem. Na Oddziale Urologicznym Szpitala Powszechnego stwierdzony też nakłuciem ropień okołonerkowy wyleczono kilkakrotnem opróżnianiem go przez nakłucie i zastrzykami domięśniowemi propidonu. Metoda ta okazała się jednak niepewną, gdyż po upływie 7 miesięcy chory zgłosił się powtórnie, a dopiero wykonany zabieg chirurgiczny dał trwałe i zupełne wyleczenie. Ten więc sposób leczenia zdaniem naszem nie jest pewny ani polecenia godny.

Najlepsze i najpewniejsze wyniki daje odpowiednio wykonany zabieg operacyjny. Polega on na szerokiem otwarciu ropnia i dokładnem wysączkowaniu go. W uśpieniu eterowem nacina się skórę cięciem łukowatem 8—10 cm długości, palec poniżej łuku żebrowego, mniejwięcej na brzegu mięśnia krzyżowo-biodrowego *(m. sacrospinalis)*. Następnie przecina się mięśnie boczne brzucha, które są zwykle nacieczone i w ten sposób otwieramy jamę ropnia leżącego między warstwą mięśni a otrzewną odepchniętą przez ropień ku przodowi. Prawie zawsze stwierdza się zrosty, które oddzielamy na tępo. O ile jamy ropnia nie otworzy się szeroko, sączkując dokładnie uchyłki ropnia, może przyjść do nowych podwyżek ciepłoty, lub też do opadnięcia ropnia wzdłuż *m. iliopsoas*, co wymaga powtórnego zabiegu (przykurcz mięśnia biodrowo-łonowego).

Niekiedy trzeba szukać nacieków na powierzchni samej nerki: wyjątkowo zachodzi potrzeba przedostania się do samej nerki. Często spowodu zrostów niemożliwością jest dokładne obejrzenie samej nerki, coby nam zabieg znacznie przedłużało i utrudniało. Jednak o stanie nerki jesteśmy już przed zabiegiem dokładnie poinformowani i to na podstawie szeregu pomocniczych badań. O ile stwierdzi się zmienioną (zropiałą) nerkę nie należy zwlekać z jej usunięciem, jeżeli oczywiście stan chorego na to pozwala. Wskazane jest przed zabiegiem zbadanie zdolności wydzielniczej nerki po stronie zdrowej drogą urografji wydzielniczej, względnie pyelografji wstępującej, lub przez badanie czynnościowe nerki przy pomocy barwika (indygotropina Laskownickiego).

Wagner i Harzbecker uważają za konieczne dokładne obmacanie i obejrzenie nerki po nacięciu ropnia okołonerkowego dla przekonania się o jej stanie. W żadnym z naszych przypadków nie mieliśmy potrzeby iść za tą radą. Otwarcia ropnia około-

nerkowego nie można wykonywać wedle jakiegoś szablonu. W większości przypadków wystarczy nacięcie ropnia i rozdzielenie zrostów bez naruszenia nerki. Inaczej ma się sprawa z zapaleniem ropniczem, w którem po usunięciu zbliznowaceń automatycznie odsłania się nerkę i uwidacznia ropień.

W przypadkach niepewnych zaleca się postępowanie zachowawcze, a dopiero po pewnym czasie wykonanie zabiegu, kiedy rozpoznanie jest pewne, a umiejscowienie ropnia dokładnie ustalone. Sączkowanie stosowane po dokonanym zabiegu powinno się odbywać w ten sposób, by sączek gumowy wprowadzony był w najgłębszym punkcie jamy dla dokładnego jej wypróżnienia, a kanał miał odpowiedni spad dla uniknięcia zatrzymania się ropy. W przypadkach, gdzie ropień znacznie opada ku dołowi należy wykonać drugie nacięcie w okolicy pachwinowej.

Dla przykładu podam opis kilku przypadków (z ogólnej ilości około 60) operowanych w Oddziale Urologicznym Szpitala Powsz. we Lwowie.

I. P. A. Abscessus paranephriticus dextr., zarobnik lat 27. Przeniesiony z Oddz. Wew. Obecna choroba rozpoczęła się przed 3 tygodniami bólami niezbyt silnemi w okolicy lędźwiowej, podwyżką ciepłoty i ogólnem osłabieniem. Badaniem stwierdza się silną bolesność na ucisk i opukiwanie okolicy nerki prawej. Zewnętrznie wypuklenia, ani zmian na skórze nie stwierdza się. Leukocytoza: 14.000. Badanie moczu wykazuje: mocz jasny, przejrzysty, ślad białka. Nakłucie w miejscu największej bolesności t. j. w okolicy 12 żebra wykazało ropę gęstą, cuchnącą. Wykonano nacięcie ropnia równolegle do 12 żebra skośnie ku dołowi, długości 12—14 cm i założono 2 sączki. Po nacięciu ciepłota ciała opadła, wystąpiła poprawa stanu ogólnego. Po 16 dniach wyleczenie.

II. Sch. I. uczeń lat 15. Absces. paranephr. dextr. fistula stercoralis. Od 2 lat odczuwa bóle w okolicy lędźwiowej z przerwami i nawrotami, powtarzającemi się co tydzień lub miesiąc. Przy badaniu stwierdza się: odżywienie mierne, bladość powłok. Ciepłota dochodzi do 39°. Okolica nerki prawej wypukłona i bolesna na ucisk. Stawianie się pętli odpowiadającej okolicy kiszki zstępującej. Wyraźny opór sprzodu dochodzący do pępka. Badanie krwi: leukocytoza: 15.000, wyraźne przesunięcie na lewo. Mocz nieco mętny, ślad białka. W osadzie 15—20 leukocytów w polu widzenia. Nakłuciem okolicy lędźwiowej wydobyto ropę płynną, szarą, cuchnącą, o zapachu typowym dla laseczników okrężnicy. Badaniem bakterjologicznem drobnoustrojów chorobotwórczych nie stwierdzono. Zdjęcie rentgenowskie przeglądowe: kontur *m. psoas* po stronie prawej nie zarysowuje się, 3 palce poniżej grzebienia kości biodrowej prawej widoczny łukowaty, miękki cień. Nieznaczna skolioza kręgosłupa lędźwiowego na stronę przeciwną. Zdjęcie kontrastowe, wykonane uroselectanem B: wszystkie trzy zdjęcia wykazują bardzo słabe wypełnienie miedniczki po stronie lewej; prawa strona nie zaznacza się wogóle. Rozpoznanie rentgenologiczne: ropień okołonerkowy prawy. Chromocystoskopja: błona śluzowa pęcherza blada, nieznaczne rozszerzenie naczyń, ujścia szparowate, domykalne, wydzielają mocz jasny, przejrzysty. Oba ujścia nie wydzielają barwika do 10 min. Zabieg: cięciem w okolicy lędźwiowej prawej przecięto powłoki zewnętrzne. Po nacięciu powięzi otaczającej nerkę wylała się rzadka, cuchnąca ropa w ilości około 2 litrów. Nacięto zmienioną torbielowato nerkę cięciem długości 3—4 cm i wprowadzono cewnik Pezzera do miedniczki nerkowej. Pozatem wprowadzono 2 sączki i 2 setony. W następnym dniu obniżka ciepłoty, chory skarży się na silny ból brzucha. Przez opatrunek przecieka w 3 dniu po operacji rzadki kał. Tłumaczymy sobie to wytworzeniem się zawału, następnie zakrzepu w żyle, przy utrzymaniu się krążenia tętniczego; potem doszło do zakrzepu tętnic, w następstwie czego przyszło do martwicy ściany danego odcinka jelitowego, począwszy od śluzówki przez mięśniówkę nazewnątrz. Po 2 dalszych dniach utrata przytomności, ciepłota o charakterze septycznym. Zejście śmiertelne. Sekcji zwłok nie robiono.

III. W. G. rolnik lat 53. Absces. paranephrit. ambilaterales. Chory przebił sobie mały palec stopy prawej na drucie. Po miesiącu pojawiły się bóle w prawym boku, osłabienie ogólne, podwyżka ciepłoty. Zrazu leczony na postrzał; objawy utrzymują się nadal, po 2 tygodniach wystąpiły bóle i po stronie przeciwnej o mniejszem nasileniu z towarzyszącemi dreszczami. Badaniem stwierdza się wypuklenie w okolicy nerki prawej, chełbotanie, zaczerwienienie i napięcie skóry. Po stronie lewej bolesność na ucisk i opukiwanie. Mocz bez zmian. W uśpieniu eterowem nacięto obustronnie ropnie, wydobyła się cuchnąca brudna ropa. Założono dreny i setony. Po 4 tygodniach chory wyleczony opuszcza Oddział, rany wygojone.

IV. B. W. lat 22 kupiec. Abscessus paranephr. dextr. Calculus uretheris sin. Od 3 tygodni bóle w krzyżach, zwłaszcza po stronie prawej, ciepłota do 39°. Badaniem stwierdza sie bolesność okolicy lędźwiowej prawej na ucisk i obmacywanie: obrzęku, lub jakiegokolwiek wypuklenia brak. Mocz bez zmian. Chromocystoskopja: pojemność pęcherza prawidłowa. Błona śluzowa i ujścia moczowodowe są bez zmian. Barwik (indygotropina), wstrzyknięty dożylnie, wydziela się po stronie prawej prądem atonicznym, o wysyceniu słabem, po stronie lewej do 12 min. nie wydzielił się. Zdjęcie rentgenowskie przeglądowe: cienie kamieni są niewidoczne. Badanie moczu: w hodowli gronkowiec. Pyelografja zstępująca (uroselectan wstrzyknięto dożylnie): 15 min. po zastrzyku miedniczki i kieliszki obustronnie wypełnione. Miedniczki nerkowe na wysokości wyrostków poprzecznych L. 2 obustronnie o świetle znacznie szerszem, kieliszki również znacznie rozszerzone. Moczowody niewypełnione. 25 min. po zastrzyku obraz kieliszków, miedniczek jak wyżej, moczowód lewy w górnej części widoczny, bardzo szeroki. Wypełnienie moczowodu lewego kończy się na wysokości wyrostka poprzecznego L. 3. Tuż poniżej widoczny nieregularny cień. Celem wykazania charakteru powyższego cienia wykonano zdjęcie rentgenowskie, które dało w miejscu zatrzymania się materjału kontrastowego cień wielkości ziarna prosa. Ciepłota utrzymuje się koło 39°, mimo codziennych zastrzyków hemthysalu. Wykonano powtórnie zdjęcie rentgenowskie (przeglądowe) na wysokości dolnego bieguna stawu krzyżowo-biodrowego; po stronie lewej widoczny jest okrągły cień wielkości grochu, dość dobrze wysycony. Kamień w przebiegu moczowodu lewego. Ciepłota ciała dochodzi do 40.3°.

Przystąpiono do zabiegu: *ureterotomia et extractio calculi sin.* Po nacięciu moczowodu powyżej skrzyżowania się jego z naczyniami wydobyto kamień wielkości fasoli, ranę zeszyto. Ciepłota utrzymuje się nadal, tętno słabe, mało napięte. W następnym dniu kontrola rany wykazuje gojenie. W 10 dni po zabiegu wyjęto szwy, rana zagojona. Chory jednak skarży się na bóle po stronie prawej; internista stwierdził *bronchopneumonję*. Z moczu wyhodowano gronkowce. Leukocytoza 14.000. Bolesność w okolicy lędźwiowej prawej na ucisk i obmacywanie. Zmian w postaci obrzęku, czy wypuklenia brak. Nakłuto na wysokości 12 żebra po stronie prawej i wydobyto strzępiastą treść krwawą. Po nacięciu okolicy lędźwiowej prawej i po uwolnieniu zrostów wydobyła się gęsta ropa. Założono dren i seton. Po 6 tygodniach chory opuścił Oddział zupełnie wyleczony.

V. T. W. rolnik lat 30. Abscessus paranephr. sin. Od trzech tygodni bóle w okolicy lędźwiowej lewej. Badaniem stwierdza się powiększenie nieznaczne śledziony. Okolica lędźwiowa lekko wypukłona, bolesna na ucisk i opukiwanie. Wykonane w tem miejscu nakłucie dało płyn ropny, gęsty, a jego badanie bakterjologiczne w preparacie bezpośrednim i w hodowli wykazało gronkowca złocistego. Mocz mętny, oddziaływanie kwaśne, c. gat. 1032, białka ślad, w osadzie przybłonki dolnych dróg moczowych. Leukocytoza 24.000. Badanie krwi: eozynof. 3%, młodych 4%, pałeczkow. 3%, obojętnochł. 68%, limf. 22%. Prześwietlenie klatki piersiowej: szczyt prawy gorzej powietrzny, liczne zwapniałe gruczoły wnękowe. Chromocystoskopja: zaznaczona budowa beleczkowa, oba ujścia wydzielają barwik po 6 min. Nacięto okolicę lędźwiową lewą i otwarto ropień, przyczem wydobyto 1.5 l ropy. Do 20 dni chory wyleczony opuścił Oddział.

VI. I. Ch. lat 32, handlowiec. Abscessus paranephr. sin. Od kilku tygodni skarży się na bóle brzucha i okolicy nerki lewej z podwyżką ciepłoty. Stan obecny: nieznaczne wypuklenie okolicy lędźwiowej lewej. Chromocystoskopja: prawa nerka wydziela barwik prawidłowo, lewa zupełnie nie wydziela. Pyelografja wstępująca wykazała: miedniczki i kieliszki po stronie chorej rozszerzone, moczowód w odcinku dolnym o świetle szerszem. Dolny biegun nerki lewej na wysokości konturu kręgu lędźwiowego IV. Po nacięciu okolicy lędźwiowej lewej wydobyła się obfita ilość ropy. W dniu następnym ciepłota opadła. Po 10 dniach drenowania i setonowania chory opuszcza Oddział.

VII. K. M. lat 16 uczeń. Abscessus paranephr. dextr. Od 2 tyg. bóle w okolicy nerki prawej. Nacięto okolicę lędźwiową prawą i po wypuszczeniu ropy, założono sączek. Po 10 dniach chory przeszedł w leczenie ambulatoryjne.

VIII. L. J. lat 33, stolarz. Abscessus paranephr. dext. 6 tyg. temu wystąpiły dreszcze, podwyżka ciepłoty i bóle w okolicy lędźwiowej prawej i podżebrzu prawem. Przy badaniu widoczne wypuklenie, bolesność przy obmacywaniu. Nacięto w uśpieniu chloretylowem, wydobyła się obfita ropa. Po 18 dniach leczenia chory opuścił Szpital.

IX. S. M. lat 41, lekarz. Abscessus paranephr. dext. et absces. prostatae. Chory cierpi na rozsianą czyraczność, umiejscowioną zrazu na karku, potem w okolicy siedzeniowej. Przed 4 tyg. przeszedł grypę, podczas której wystąpiły trudności w oddawaniu moczu. Badaniem *per rectum* stwierdza się naciek gruczołu krokowego z centralnem chełbotaniem. W znieczuleniu epiduralnem nacięto ropień stercza i zdrenowano. 16 dni potem nagła pod-

wyżka ciepłoty i bóle w okolicy lędźwiowej prawej. Po kilku dniach wyraźne wypuklenie w tejże okolicy. Zdjęcie Rtg. stwierdziło zamazanie konturów *m. psoas* i nerki prawej. Badanie krwi: leukocytoza: 13.000. Segment. 55%, pałeczkow. 5%, limfocyt. 32%, monocyt. 3%, zasadochł. 1%. Nakłucie poniżej 12 żebra wykazało obecność ropy. Wykonano nacięcie i zdrenowanie w uśpieniu eterowem. Po miesiącu zupełne wygojenie.

X. S. K. lat 52, szewc. Abscessus paraneph. dext. Sepsis. Przed 3 miesiącami wystąpił ból w okolicy nerki prawej. Badaniem stwierdza się: odżywienie liche, okolica nerki prawej wybitnie na ucisk bolesna, nieznacznie wypukłona. Po nacięciu wylała się obfita, płynna ropa (silnie cuchnąca). Przy drenowaniu zauważono, że naciek drąży ku przodowi. Po 4 dniach zejście śmiertelne. Sekcja: *Status post incisionem abscessus paraneph. dextr. Carcinoma flexurae hepaticae colonis. Phlegmone subperitonealis et abscessus paranephriticus dext., pleuritis serosa sinistra, atelectasis pulmonum e compressione. Tumor lienis septicus. Degeneratio parenchymatosa organorum. Myodegeneratio cordis.*

XI. W. W. lat 23, stud. praw. Abscessus paranephr. dext. Sepsis streptococcica. Chorego przeniesiono z Oddz. Wewn. spowodu bólów w prawym boku. Badaniem stwierdza się bolesność na obmacywanie i ucisk, oraz nieznaczne wypuklenie okolicy lędźwiowej prawej. W moczu: ślad białka, w osadzie 12 leukocytów w polu widzenia, nieliczne krwinki. Leukocytoza: 25.700. Nakłucie poniżej 12 żebra po stronie prawej wykazało obecność ropy gęstej, żółto-zielonkawej, która w hodowli dała bardzo liczne gronkowce i łańcuszkowce. Ciepłota 38.7°. Po nacięciu ropnia wydobyła się bardzo obfita ropa. Przez kilka dni po nacięciu ciepłota ciała niższa. W 11 dni po zabiegu znowu podwyżka ciepłoty, której przyczyny nie dało się stwierdzić. Chromocystoskopja: błona śluz. pęcherza i okolica ujść moczowodowych bez zmian. Barwik wstrzyknięty dożylnie wydziela się obustronnie w 4 min. prawidłowo. Leukocytoza: 18.900. Rana pooperacyjna prawie wygojona.

Wobec utrzymywania się podwyżek ciepłoty, ranę rozszerzono i zdrenowano ponownie. Wstrzyknięto domięśniowo propidon i 1% roztwór fioletu goryczki dożylnie. Stan nie uległ poprawie, ciepłota wieczorna wykazuje znaczne podwyżki, stan ogólny pogarsza się. Poza leczeniem miejscowem stosuje się *causyth per os et per clysma*, zastrzyki merkurochromu — przejściowa obniżka ciepłoty. Leukocytoza: 16.500. Segment. 65%, kwaso- i zasadochłonnych brak, limfocytów 28%, monocytów 3%, młodych 2%, pałeczkow. 1%, myelocyt. 1%. Badanie rentgenologiczne klatki piersiowej: Żebra styłu po stronie prawej od VIII—XII zmian nie wykazują. Na wysokości żebra XII widoczne są chmurkowate cienie na przestrzeni dłoni. Trzon kręgu L. 1 w części górnej po stronie prawej o konturze nierównym (początkowe nadżarcie).

Badaniem stwierdza się powiększenie śledziony i wątroby, wypuklenie okolicy podżebrza prawego. Nakłucie tejże okolicy wykazało płyn krwawy, strzępiasty. Stwierdzono ropień podprzeponowy. Po operacji nieznaczna poprawa. Objawy septyczne trwają w dalszym ciągu. Do 2 miesięcy zejście śmiertelne.

XII. Sz. P. lat 36, żona rolnika. Abscessus paraneph. ambilat. Chora skaleczyła się w czasie pracy sierpem w palec, poczem wystąpiły dreszcze i silny ból w okolicy lędźwiowej po stronie lewej. Badaniem stwierdza się guz wypuklający się spod łuku żebrowego, wielkości głowy dziecka, na ucisk bolesny i wykazujący chełbotanie. W innych narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdza się. Mocz mętny, ślad białka, w osadzie liczne drobnoustroje, kilka do kilkunastu leukocytów w polu widzenia. Badanie czynnościowe nerek wykazuje błonę śluzową pęcherza bladą; okolica ujść bez zmian. Ujścia wydzielają barwik w piątej minucie prawidłowo. Pyelografja wstępująca: oba moczowody zasondowano bez przeszkody. Miedniczka lewa na wysokości dolnej połowy trzonu kręgu L. II. Miedniczka i kieliszki o świetle dość szerokiem. Miedniczka prawa na wysokości dolnej połowy trzonu L. III. Miedniczka mała, moczowód w części górnej wąski i zagięty. Ciepłota ciała 40°. Nacięto ropień po stronie lewej i zasączkowano. Rana się goi, mimo to chora gorączkuje nadal. Kilka dni po operacji wystąpił ból po stronie prawej. Badaniem stwierdza się obok bolesności guz wielkości pięści w okolicy podżebrza prawego. Leukocytoza: 17.700. Po nacięciu ropnia po stronie prawej wylała się ropa w ilości około 1.5 litra, silnie cuchnąca. Przy zmianie opatrunków ropa w znacznej ilości wylewa się z rany. W kilka dni po nacięciu wystąpił ból oraz zaczerwienienie w przedniej części blizny pooperacyjnej po stronie lewej. Z ropy wykonano szczepionkę (gronkowiec złocisty). Chora otrzymuje ją co 3 dni. Rana goi się dobrze. Chora opuszcza Szpital.

15. X. 1935. Ponownie zgłosiła się do Szpitala spowodu ropienia z górnego kąta rany. Przy badaniu stwierdza się w miejscu blizny po stronie prawej przetokę, biegnącą ku pachwinie prawej. Z przetoki wydziela się skąpa treść ropna. Badanie czynnościowe nerek: błona śluzowa pęcherza blada, ujścia szparowate, domykalne, wydzielają barwik w 6 minucie prądem i wysyceniem bardzo dobrem. Rozcięto przetokę, przeprowadzono dren. Rana zagoiła się zupełnie. Chora wyleczona opuściła Oddział.

Wkońcu chciałbym nadmienić, że rokowanie w przypadkach ropnia okołonerkowego jest naogół dobre, jest ono jednak zależne od przyczyny i od wczesnego rozpoznania. Na podstawie piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń mogę stwierdzić, że zejście śmiertelne zachodzi rzadko. Następuje spowodu późnego rozpoznania lub nierozpoznania i zaniedbania, albo jeśli ropień okołonerkowy jest wyrazem zakażenia ogólnego, a siły obronne organizmu nie są w stanie pokonać szerzącego się zakażenia.

Piśmiennictwo:

Bratek-Kozłowski F.: Pol. Przegl. Chir. — Baumann M.: Bruns Beitr. z. kl. Chir. T. 129. — Corning: Lehrbuch der topographischen Anatomie. 1922. — Donath J.: Wien. med. Woch. 1925. — Franke: D. med. Woch. 1923. — Friedrich R.: Zeitschr. f. urol. Chir. 1928. — Fuchs F.: Zeitschr. f. urol. Chir. 1931. — Fritz W.: Med. Klinik. 1929. — Guszich: Zblt. f. die ges. Chir. u. ihre Grenzgebiete. 1935. — Jasieński J.: Nowiny Lekarskie. R. 47/17. — Pilz: M. med. Woch. 1902. — Schwarz O.: Zeitschr. f. urol. Chir. 1929. — Waldhard H.: Zeitschr. f. urol. Chir 1933. — Węgłowski: Pol. Gaz. Lek. 1926. — Zuckerkandl: W. kl. Woch. 1910.

Dr. Zbigniew GODŁOWSKI. Kraków.

Leczenie rwy kulszowej wyciągiem z trzustki pozbawionym insuliny (angioksylem).

Z Oddz. Chor. Wewn. I. A. Państwowego Szpitala Św. Łazarza. Ordynator: Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

Przez rwę kulszową *(neuralgia ischiadica)* określamy powszechnie w klinice zespół objawów cechujących się napadowemi bólami wzdłuż całego przebiegu nerwu kulszowego, zaburzeniami czucia w zakresie tegoż nerwu oraz wieloma objawami charakterystycznemi dla tego schorzenia, opisanemi przez różnych autorów, a pochodzącemi od mechanicznych urazów korzonków, splotu czy samego pnia nerwowego. Pomiędzy pojęciami klinicznemi „neuralgja“ i *„neuritis“* tego nerwu, zdaniem Rosego (6) istnieje różnica tylko ilościowego nasilenia objawów i czas ich trwania, co nie usprawiedliwia używania tych dwu nazw dla zasadniczo tego samego cierpienia.

Anatomo-patologicznie udaje się stwierdzać w rwie kulszowej stan zapalny tego nerwu. Tak, jak w innych nerwach, tak i tu, można to zapalenie podzielić na dwa rodzaje: na zapalenie miąższowe i zapalenie śródmiąższowej tkanki łącznej. W zapaleniu miąższowem ulega zwyrodnieniu w następstwie stanu zapalnego włókno osiowe nerwu i to zapalenie przedstawia łagodniejszy obraz kliniczny schorzenia; zapalenie zaś śródmiąższowe tkanki łącznej wywołuje obrzęk całego nerwu, dającego się wyczuwać w postaci zgrubiałego i bolesnego postronka; drobnowidowo stwierdza się naciek drobnokomórkowy i rozszerzenie naczyń krwionośnych w onerwiu i owłókni nerwowej *(epi-* i *endoneurium* (6)).

Etjologicznie mogą wchodzić w grę schorzenia wytwórcze w otoczeniu korzonków, splotu czy pnia nerwu kulszowego (nowotwory w sąsiedztwie, stany zapalne czy zwyrodnieniowe w kościach i t. p.) i tę postać określamy jako rwę kulszową objawową. Do tej samej postaci możnaby zaliczyć stan zapalny nerwu w przebiegu schorzeń ogólnych, jak cukrzyca, dna, zatrucia i t. p. W naszych rozważaniach będziemy się zastanawiać nad rwą kulszową pierwotną, t. j. taką, w której schorzenie dotyczy tylko samego pnia nerwu kulszowego, a najczęstszem tłem bywa zakażenie gośćcowe.

Ze względu na zajęcie schorzeniem poszczególnych odcinków nerwu, rozróżniamy rwę *(ischias)* samego pnia, zajęcie części splotu lędźwiowo-krzyżowego *(plexitis)* i wreszcie zajęcie korzonków rdzeniowych *(radiculitis).*

Bodźcem do naszych badań były spostrzeżenia C. Dimitracoffa (1) który badał spoczątku przypadkowo wpływ leczniczy wyciągu trzustkowego pozbawionego insuliny (angioksylu) na rwę kulszową, w przebiegu leczenia nadciśnienia tętniczego wstrzykiwaniami angioksylu. W istocie, dalsze jego doświadczenia z tym przetworem potwierdziły w zupełności początkowe jego przypuszczenia, uzyskiwał bowiem zupełne ustępowanie lub przynajmniej zmniejszanie się nasilenia objawów tego cierpienia.

We własnych spostrzeżeniach posługiwałem się przypadkami tak ostrej, podostrej jak i przewlekłej rwy kulszowej. W każdym przypadku starałem się badaniem rentgenowskiem czy chemicznem krwi (cukier, kwas moczowy) wyjaśnić tło schorzenia, by przypuszczalnej rwy kulszowej objawowej nie wciągać do zakresu leczenia angioksylem, jako nienadającej się do tego sposobu leczenia. Z dziesięciu chorych na rwę kulszową siedem zostało w zupełności uleczonych z tego cierpienia, u trzech zaś nastąpiło chwilowe dość wybitne polepszenie, jednak tylko przejściowo.

Poniżej przytaczam przykładowo opisy tylko trzech przypadków leczonych angioksylem, a to dwa przypadki z wynikiem leczenia dodatnim, rwy kulszowej ostrej względnie przewlekłej, oraz jeden z wynikiem mniej wybitnym postaci przewlekłej.

Przypadek I. U lekarza 27-letniego przed kilku dniami wystąpiły bóle w lędźwiach promieniujące do kończyny dolnej prawej, uczucie mrowienia i palenia w tejże kończynie, silny ból przy ruchach biernych i czynnych tak, że chodzenie stało się niemożliwe; wzmożenie ciśnienia tłoczni brzusznej (kaszel, kichanie, oddawanie stolca i t. p.) wywoływało silny ból w lędźwiach. Badaniem przedmiotowem zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdza się. RR: 125/75 mm Hg. Kręgosłup lędźwiowy znajduje się w zgięciu lewostronnem *(scoliosis e dolore)*, cały pień nerwu kulszowego za uciskiem bolesny, samego jednak pnia nerwowego nie można wyczuć. Objawy: L a s e g u e'a, L i n d n e r a, S a m b u r o w a, T u r y n a, silnie dodatnie. Chory od dwu dni zażywał w dużych ilościach leki z grupy pochodnych kwasu salicylowego oraz środki znieczulające. Po chwilowych ulgach, dolegliwości powracały z tą samą siłą. Leczenie angioksylem rozpocząłem w 6 dniu choroby, po 2-dniowej przerwie w podawaniu salicylanów. Przez pierwsze dwa dni chory otrzymywał 40 jednostek angioksylu domięśniowo, przez następne 6 dni po 60 jednostek, przez dalsze dwa dni po 80 jednostek, a następnie codziennie odejmując 20 jednostek, ukończyłem leczenie w czternastym dniu. W 6 dniu leczenia chory odczuwał taką ulgę w dolegliwościach, że sam pieszo przychodził do szpitala dla wstrzykiwań. Przedmiotowo wyżej wymienione objawy, aczkolwiek jeszcze się utrzymywały, to jednak były znacznie słabsze. Po 14 dniach leczenia objawy przedmiotowe i dolegliwości podmiotowe zupełnie ustąpiły i przez okres jednego roku, t. j. do chwili obecnej, nie powtórzyły się.

Przypadek II. Kobieta 37-letnia, od 4 miesięcy cierpi na dotkliwy ból, kłujący lub strzykający, w lewych lędźwiach, pośladku i dolnej kończynie, wzmagający się przy ruchach, tak że uniemożliwia chodzenie; przy siedzeniu również odczuwa chora ten sam rodzaj bólu. Kaszel, kichanie, a nawet głośniejsza mowa, wzmagają dolegliwości. Przez cały okres choroby stosowano leczenie farmakologiczne (przetwory salicylowe, leczenie bodźcowe, środki znieczulające) oraz w różnych postaciach leczenie energją elektryczną; przy jednym i drugim sposobie leczenia zupełny brak poprawy. Przedmiotowo nie stwierdza się odchyleń od stanu prawidłowego w narządach wewnętrznych. RR: 120/70 mm Hg. Obajwy: L a s é g u e'a, L i n d n e r a, S a m b u r o w a dodatnie, bolesność całego pnia nerwu kulszowego, który zresztą daje się wyczuwać w postaci zgrubiałego postronka. Odruchy ścięgniste na kończynie dolnej lekko osłabione. O. Wa.: 0, rtg. miednicy: bez zmian; badanie ginekologiczne i przez odbytnicę zmian nie wykryło. Leczenie angioksylem rozpoczęto 20 jednostkami wstrzykując domięśniowo i następnie przez 60 dni stopniowo podnoszono dawki do 60 jednostek, przechodząc znowu stopniowo do końcowej dawki 20 jednostek. Po 14 wstrzyknięciach zmniejszyły się bóle przy wszystkich wspomnianych wyżej objawach tak, że chora mogła sama wstawać z łóżka. W dniu opuszczania oddziału chora nie odczuwała żadnych dolegliwości, nawet przy zupełnie swobodnych ruchach, przedmiotowo również wszystkie objawy ustąpiły i do dnia dzisiejszego, t. j. przez okres 3 lat, nie powtórzyły się.

Przypadek III. Kobieta 30-letnia; choroba rozpoczęła się przed 6 tygodniami ostrym bólem w lewych lędźwiach, przechodzącym na lewy pośladek i dolną kończynę, równocześnie wystąpiły mrowienia i pieczenie w tejże kończynie. Objawy te tak silnie się wzmogły w kilku dniach, że uniemożliwiły chorej chodzenie, stanie i siedzenie. Przedmiotowo stwierdza się: narządy wewnętrzne bez zmian, prawostronne skrzywienie kręgosłupa lędźwiowego, bolesność wzdłuż całego pnia nerwu kulszowego lewego, objawy: L a s é g u e'a, S a m b u r o w a, L i n d n e r a, T u r y n a silnie dodatnie. W badaniach dodatkowych stwierdza się z odchyleń od stanu prawidłowego tylko wzmożoną ilość cholesterolu we krwi: 245 mg %. Po pierwszem wstrzyknięciu 20 jednostek angioksylu nastąpiło podniesienie się ciepłoty do 37,8°, ogólne osłabienie oraz zaostrzenie się objawów ogniskowych. Wskutek tego przerwano leczenie aż do ustąpienia objawów odczynu ogólnego i ogniskowego. Po następnem wstrzyknięciu wystąpiły te same objawy, wobec tego ponownie wstrzymano leczenie. Dalsze wstrzyknięcia nie wywoływały już odczynów. W całości leczenia zastosowano 52 wstrzyknięć, dochodząc do najwyższej dawki 80 jednostek angioksylu. Najwyższą dawkę powtórzono 10 razy. Do okresu 20 wstrzyknięcia objawy stopniowo malały do tego stopnia, że chora mogła opuścić łóżko. Stosowanie jednak dalsze, nawet dawek najwyższych, nie zdołało całkowicie usunąć dolegliwości tak, że w tym przypadku można było stwierdzić tylko polepszenie przedmiotowe i ulżenie dolegliwości podmiotowych.

W leczeniu więc rwy kulszowej angioksylem należy się przygotować na dłuższy okres stosowania tego leku, i to w dużych dawkach, zwłaszcza, jeśli chodzi o postać przewlekłą rwy kulszowej. Mechanizm działania wyciągu trzustkowego bezinsulinowego w leczeniu rwy kulszowej należy tłumaczyć poprawą krążenia krwi w obrębie schorzałego nerwu, wyciąg trzustkowy zawiera bowiem ciała, pobudzające do wydzielania hormonów krążenia (2, 4), wskutek czego warunki krążenia poprawiają się wogóle, a w szczególności w zakresie naczyń włosowatych. Badania bowiem F e l i k s a i T o c h o w i c z a (3) stwierdziły przyspieszenie prądu krwi w obrębie naczyń włosowatych, jak również zwiększenie się ilości ich pętli w polu widzenia drobnowidowego. Wyciąg trzustkowy działa także zwalniająco na skurczone naczynia włosowate (1, 2, 5, 7) wywołując ich rozszerzenie. Te wymienione czynniki wywołują poprawę krążenia w zakresie nerwu kulszowego, będącego w stanie zapalnym i, co stoi z tem w związku, poprawę jego odżywienia.

Jak z omówionych doświadczeń wynika, lecznictwo rwy kulszowej zyskuje w wyciągu bezinsulinowym z trzustki poważny środek do zwalczania tego schorzenia. Pamiętać jednak należy o dwóch momentach, a mianowicie, jak w każdem leczeniu, tak i w tem, nie wszystkie przypadki rwy kulszowej na ten sposób leczenia oddziałują korzystnie, jak to już zresztą z naszych własnych spostrzeżeń wynika; powtóre koszty leczenia przy długotrwałem leczeniu i dużemi dawkami angioksylu, a takiem ono bywa najczęściej, są duże.

Piśmiennictwo:

1) D i m i t r a c o f f C.: La Vie Médicale. Nr. 3. 1931. — 2) T e n ż e: La Vie Médicale. Nr. 3. 1930. — 3) F e l i x J. i T o c h o w i c z L.: Pol. Arch. Med. Wewn. 1931. T. IX. Z. 4. — 4) G l e y P. i K i s t h i n i o s N.: La Presse Médicale. 1929. Nr. 79. — 5) J a f f e Z.: Nowiny Lekarskie. 1936. Z. 3. — 6) R o s e M.: Pamiętnik VI Lek. Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku 1933. — 7) W a n d e r L.: Warszawskie Czas. Lek. 1935. Nr. 16 i 17.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 31—32. 1936. J a s i e ń s k i J.: O wartości klinicznej metod czynnościowego badania nerek (dok.). — L a n d a u I.: Przypadek ciężkiego ogólnego zakażenia paciorkowcowego i róży, wyleczony chlorowodorkiem sulfamidochryzoidyny. — B i e h l e r M.: Przyczynek do badań nad rumieniem guzowatym u dzieci. — M i n k o w s k i M.: Współczesne warunki kulturalno-społeczne a nerwice (c. d.).

Medycyna. Nr. 15. 1936. F i l i ń s k i W., M o r z y c k i J. i Z a b ł o c k i B.: Spostrzeżenia nad działaniem leczniczem surowicy przeciwdurowej. — G r y g l e w i c z Z. i Ł a w r y n o w i c z A.: Wartość odczynu Widala w wykrywaniu nosicieli pałeczek grupy durowo-paratyfusowej. — T a t a r z y ń s k a H.: Przyczynek do statystyki niedokrwistości złośliwej. — U r b a n o w i c z F.: Stosowanie nowarsenobenzolu w nagminnem zapaleniu opon mózgowych. — S t e i n J.: W sprawie raków heterologicznych kolczystokomórkowych i mieszanych woreczka żółciowego.

Zdrowie Publiczne. Nr. 7. 1936. G ą d z i k i e w i c z W.: Badanie hałasu ulicznego w miastach polskich. — S z c z y g i e ł A.: Tablice witamin. — P r a ż m o w s k i W.: Współdziałanie filji P. Z. H. w Wilnie w akcji zwalczania duru plamistego na terenie woj. wileńskiego i nowogródzkiego w 1934 r. — M u s z k a t b l a t B. P.: Zatrucia i choroby zawodowe w świetle higjeny i bezpieczeństwa pracy.

Medycyna Praktyczna. Z. 7. 1936. J a n o w i c z J.: Zarys historii „Zakładu Sióstr Miłosierdzia" w Poznaniu. — M a c i e j e w s k i J. W.: Zastosowanie przetworów digitoksyny w lecznictwie chorób serca. — Ł o b a c z St.: Leczenie hemtysalem za-

palenia przewodów żółciowych i woreczka żółciowego. — Ostoja-Ostojski E.: O leczeniu grypy i jej powikłań środkiem chemoterapeutycznym „Optochinum basicum“.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 33. 1936.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 15—16. 1936. Niebrój S.: Ważniejsze prawa i obowiązki lekarza w świetle ustawodawstwa prawno-publicznego (c. d.).

OCENY.

Die Hirngeschwülste (Guzy mózgu). PERCIVAL BAILEY. Przełożył na niemieckie A. Weiss. Wyd. F. Enke, Lipsk. 1936. Cena 35 RM.

Bailey jest powszechnie znanym przez swoją klasyfikację guzów mózgu i nie wymaga specjalnego polecenia. Uważam go za czołowego przedstawiciela neurologji amerykańskiej. Wobec wzrastającego i u nas zainteresowania się chirurgją układu nerwowego witamy przekład niemiecki, jako dostępny wszystkim nieczytającym po angielsku. W podręcznikach neurologji ani student ani lekarz nie znajdą tego, co należałoby wiedzieć o tem ważnem dziale neurologji. Tę lukę skutecznie wypełnia praca Baileya. Jest tak napisana, że wychodzi z jaknajprostszych zasad i czytelnik znajduje w niej przedewszystkiem ważne wiadomości z diagnostyki wczesnej i wskazania do operacji. Właściwej technice autor nie poświęcił zbyt dużo miejsca, ponieważ interesuje ona tylko nielicznych fachowców i pozatem została szeroko omówioną już we wielu podręcznikach. „Dużo jest sposobów otwierania czaszki, lepszych i mniej dobrych, *najważniejszem jednak jest, abyśmy wiedzieli, co zrobić, kiedy czaszka jest otwarta*“. To przedstawia nadzwyczaj treściwie autor.

Przez długie lata neurologja walczyła o swoją niezależność od medycyny wewnętrznej i psychjatrji, jako samodzielny dział nauki i sztuki lekarskiej. Nie udało się to narazie całkowicie spowodu braku leczenia. Uważają ją za specjalność diagnostyczną. Wrażenie to utrwala się już w studencie medycyny, przed którego okiem przesuwają się korowodem przypadki neurologiczne, niby obrazy nędzy i rozpaczy. Traktuje się neurologję jako rodzaj prywatnej zabawy, pozbawionej znaczenia praktycznego i uczący się prędko traci zainteresowania, gdyż zabawy tej trudno się nauczyć; wymaga bowiem dość trudnych studjów podstawowych. Wszystko to jest mylne! Neurologja posiada własne lecznictwo, budujące się na ścisłych podstawach anatomji i fizjologji, a lecznictwo to jest przeważnie chirurgiczne. Krocząc śladami O. Foerstera autor osiągnął poważne wyniki lecznicze. Książka jego o guzach mózgu jest lekturą pożyteczną tak dla chirurga, jak i dla neurologa. Wydanie staranne, ozdobione bogato rysunkami i zaopatrzone w obszerny spis literatury angielskiej i niemieckiej.

Obständer (Bielsko).

Chirurgie de l'oreille du nez du pharynx et du larynx. Troisième édition entièrement refondue. GEORGES LAURENS avec la collaboration de MAURICE AUBRY. Masson et Cie Editeurs. 1076 str. 194 rycin. Cena 150 fr. fr.

Dzieło wyczerpujące zwięźle i dokładnie patologję i technikę chirurgiczną w dziedzinie oto-laryngologji. Ryciny przeważnie schematyczne, ale wykonane i ilustrujące przedmiot doskonale. Każdy rozdział zawiera krótki zarys kliniczny ze wskazaniem i przeciwwskazaniem operacyjnem, następowem leczeniem, powikłania i wyniki pooperacyjne. Technika operacyjna, przedstawiona na rycinach, uczy wzrokowo, łatwo i jasno. Autor ze współpracą wybitnego laryngologa Maurice Aubry przedstawia w tem dziele cały szereg zabiegów operacyjnych, które dotychczas nie były podawane w tego rodzaju podręcznikach, a to *drainage* subokcypitalny, chirurgję nerwu twarzowego, leczenie chirurgiczne zawrotów głowy, guzy nerwu VIII, leczenie chirurgiczne otosklerozy metodą Souraille'a, chirurgję guzów przysadki i cały szereg nowszych metod operacyjnych, które szczegółowo w krótkości trudno mi przedstawić. Dzieło to daje nietylko dużo korzyści kształcącemu się, lecz i wykwalifikowanemu laryngologowi, który znajdzie w niem wiele cennych wskazówek. Podręcznik zawiera siedem części. W pierwszej przedstawia autor ogólnie sam akt operacyjny z przygotowaniem przedoperacyjnem, znieczuleniem, leczeniem zapobiegawczem krwotoków, wreszcie leczenie pooperacyjne. Inne części — to chirurgja ucha, nosa, jam bocznych uszu, gardła, krtani i tchawicy, ostatnią zaś część stanowi chirurgja przełyku.

Autor przedstawia wszystkie zabiegi operacyjne, od najdrobniejszych aż do najbardziej skomplikowanych, których część należy do specjalności graniczących z oto-laryngologją.

Dr. Jan Danielewicz (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Odczyn tuberkulinowy w schorzeniach wątroby. F. PEZZANGOR. Arch. Mal. App. Digestif. Nr. 2. T. XXVI. 1936.

Autor badał zachowanie się odczynu po śródskórnem wstrzyknięciu tuberkuliny u chorych na wątrobę z równoczesną gruźlicą i bez gruźlicy, jakoteż dotkniętych chorobami wywołującemi anergję, jak: grypa, angina, nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc, nadciśnienie, białaczka, niedokrwistość, cukrzyca. Chorzy otrzymywali kolejno 3 wstrzyknięcia wśródskórne tuberkuliny w ilości 1:100000, 1:10000 i 1:1000 cm^3. Autor stwierdza: 1) obecność w skórze barwików i kwasów żółciowych nie wpływa na odczyn tuberkulinowy, 2) przypadki gruźlicy włóknistej bez gorączki przy równoczesnej marskości i objawach niedomogi wątroby dają odczyn prawie ujemny, 3) przy daleko posuniętem zniszczeniu miąższu wątrobowego i ciężkim stanie ogólnym odczyn słabo dodatni, podobnie jak zresztą i przy durze brzusznym, który wywołuje anergję; w jednym przypadku duru brzusznego o przebiegu łagodnym odczyn był wybitnie dodatni, nawet przy ilości 1:10000, w schorzeniach wątroby jakoteż chorobach wywołujących anergję odczyn tuberkulinowy dodatni występuje dopiero przy stężeniu tuberkuliny 1:1000, podczas gdy u zdrowych odczyn dodatni występuje przy stężeniu 1:10000 a często przy stężeniu 1:100000. To samo spotykamy w chorobach nie wywołujących anergji. Zdaniem autora zjawisko anergji objawiające się brakiem odczynu lub słabem zaznaczeniem tegoż jest spowodowane niedomogą wątroby, która bierze wybitny udział w tworzeniu przeciwciał i zobojętnianiu jadów drobnoustrojowych w gruźlicy. Zatem przemawia fakt, iż ciężkie uszkodzenie wątroby zaostrza przebieg gruźlicy. Do tego samego wniosku dochodzi autor również i na drodze doświadczalnej.

M. Scheps (Lwów).

Rola krwiotwórcza żołądka, studjum fizjopatologiczne. A. C. GUILLAUME. Arch. Mal. App. Digestif. Nr. 3. T. XXVI. 1936.

Z prac Castle'a wynika, że żołądek wydziela hormon regulujący czynność krwiotwórczą szpiku kostnego. Wątroba jest niejako spichlerzem tego hormonu, który w miarę potrzeby dostaje się do obiegu krwi. Stwierdzono, że wątroba płodu zawiera wspomniany hormon 2 miesiące przed porodem, co przemawia za tem, że żołądek może wytwarzać hormon niezależnie od działania pokarmów na śluzówkę. W wypadkach ciężkiego uszkodzenia wątroby jak marskość lub zanik organ ten traci zdolność zatrzymywania hormonu lub też oddawania go tkankom, stąd pochodzi fakt, że w tych schorzeniach spotykamy obrazy krwi, przypominające niedokrwistość złośliwą. Nie każda wątroba zawiera hormon, stąd wniosek, że nie jest on istotną częścią składową hormonu wątrobowego. Hormon przeciwanemiczny jest również zawarty w soku żołądkowym, należy zatem przyjąć, że żołądek wydziela hormon w dwu kierunkach, do światła żołądka i do żył wątrobowych. Hormon nie jest białkiem ani fermentem, ulega zniszczeniu w ciepłocie 45°. Tylko błona śluzowa wydziela hormon a przedewszystkiem odcinek wyścielający *antrum pylori*. Wiadomo, że w niedokrwistości złośliwej spotykamy prawie zawsze nieżyt żołądka i bezsoczność. Otóż bezsoczność może występować równocześnie w wypadkach z niedokrwistością typu *anaemia hypochromica*, w której występują podobne objawy jak w niedokrwistości złośliwej: zmiany językowe, układu nerwowego, skóry i błony śluzowej żołądka. A zatem hormon Castle'a tłumaczy tylko te wypadki, w których w związku z wymienionemi objawami występuje niedokrwistość złośliwa, nie tłumaczy natomiast wypadków, przebiegających z niedokrwistością typu *anaemia hypochromica* a oddziaływujących korzystnie na preparaty żelazowe.

M. Scheps (Lwów).

Studjum anatomo-patologiczne jednego przypadku sprue. CORDIER, MORENAS i CROIZAT. Arch. Mal. App. Digestif. Nr. 4. T. XXVI. 1936.

Od roku 1905 po dzień dzisiejszy stwierdzono w Europie około 30 przypadków *sprue*. Autorzy mieli sposobność obserwować przypadek *sprue* w r. 1934 u osoby, która nigdy nie była w krajach tropikalnych. Przypadek dotyczy 29-letniej kobiety, która się zgłosiła z objawami biegunki i daleko posuniętej chery. Choroba rozpoczęła się przed dwoma laty biegunką, wyjątkowo tylko z domieszką krwi i bólami brzucha rzadko występującemi. Od czasu do czasu stany podgorączkowe, nadto wychudnięcie znacznego stopnia, zmiany charakterystyczne błony śluzowej języka, jak: scieńczenie i wygładzenie, wyschnięcie i popękanie, połączone z przykrem uczuciem pieczenia języka i jamy ustnej. Stolec o zabarwieniu szarawo-żółtawem, papkowaty, bez domieszki śluzu, nieliczne skrzepiki krwi. Badanie bakterjo-

logiczne wykazuje brak pierwotniaków jakoteż jaj pasorzytów. Mikroskopowo obecność ciałek ropnych, kulek tłuszczu, brak ciałek czerw. krwi. Badanie krwi: ciałek czerwonych 2.480.000. Widal ujemny. W 4 dni po przyjęciu do szpitala chora umiera. Autopsja wykazuje: w zakresie jelita grubego bardzo wybitne zmiany kiszki ślepej, lewej połowy poprzecznicy, kiszki zstępującej i prostnicy. Ściany jelit zgrubiałe sztywne, na błonie śluzowej głębokie owrzodzenia okrężne, czasami zlewające się ze sobą. Niektóre wrzody otoczone małemi guzkami wielkości główki od szpilki, nadto silne przekrwienie i złuszczenie nabłonka. Jelito cienkie bez zmian. Wątroba: zmiany tłuszczowe. Histologicznie w zakresie owrzodzeń stan zapalny błony śluzowej z wytworzeniem się torbieli, warstwa podśluzowa o nacieczeniu włóknisto-tłuszczowem, obecność nacieków ropnych między błoną śluzową a podśluzową. Zmiany anatomo-patologiczne odbiegają od opisów typowych, w których owrzodzenia występują również w zakresie dolnych odcinków jelita cienkiego.

M. Scheps (Lwów).

Przepuszczalność opon mózgowych dla arszeniku przy porażeniu postępowem, przed i po leczeniu zimnicą. D. PAULIAN. Ann. de méd. Nr. 4. T. 39. 1936.

W pierwszej części swej pracy autor podaje technikę oznaczania arszeniku w tkankach, posługując się metodą Martin i Pien, ponieważ dotychczas używana metoda Marsha, jakkolwiek bardzo dokładna, wymaga dużo czasu i skomplikowanego aparatu, co uniemożliwia badania seryjne. Autor przedstawia wyczerpująco metodę Martin i Pien, oraz budowę potrzebnego aparatu; metoda ta pozwala na wykrywanie arszeniku w tkankach w ilości już 0,1 mikrograma (0,001 mg).

W dalszej części swej pracy autor przedstawia zdolność wchłaniania przez tkankę nerwową normalną różnych ciał, w szczególności arszeniku dochodząc do wniosku, że krystaloidy są wchłaniane przez tkankę nerwową zdrową, podczas gdy koloidy całkowicie ją omijają; jeżeli zaś chodzi o arszenik, to niektóre jego związki jak kakodylan sodu, czy atoksyl mają własności krystaloidów, natomiast novarsenobenzol ma własności koloidu.

Inaczej jest przy schorzeniach nerwowych, w których istnieje znacznego stopnia uszkodzenie naczyń oponowych, arszenik nawet pod postacią novarsenobenzolu może przenikać do tkanki nerwowej. Własności selektywne przy zatrzymywaniu arszeniku mają śródbłonki naczyń mózgowo-rdzeniowych, śródbłonki splotu naczyniowego, ependymy i neurogljі, jednakowoż grają tu dużą rolę czynniki fizjologiczne (wiek, miesiączkowanie), fizykochemiczne, wśród których główne znaczenie mają wahania w stężeniu jonów wodorowych oraz czynniki mechaniczne np. zablokowanie komórek śródbłonkowych tuszem chińskim (doświad.).

Dlatego też przy porażeniu postępowem, w którem już pierwotnie zostały te tkanki uszkodzone przez kiłę, przepuszczalność dla arszeniku znacznie wzrasta, co udowodniono badając płyn mózgowo-rdzeniowy, krew i mocz u 12 chorych na porażenie postępowe. Natomiast po zastosowaniu leczenia zimnicą stwierdzono znaczne zmniejszenie przepuszczalności dzięki wpływowi leczniczemu na uszkodzone śródbłonki naczyń.

Wkońcu artykułu autor podaje zestawienie liczbowe ilości znalezionego arszeniku w $^{1}/_{2}$ godz. w 4 i 10 godz. po podaniu novarsenobenzolu dożylnie, przed i po leczeniu zimnicą.

Z. Webersfeld (Lwów).

Próba z santoniną jako metoda badania czynności wątroby. G. CARRIÈRE, P. MARTIN i A. DUFOSSÉ. Arch. Mal. App. Digestif. Nr. 2. T. XXVI. 1936.

Autorowie A. Moukhtar i H. Djevat podali wymienioną próbę, jako metodę badania czynności wątroby. Polega ona na tem, że santonina podana doustnie wydziela się z moczem jako związek sodowy lub jako oksy-santonina, która po dodaniu roztworu ługu sodowego daje zabarwienie różowe. Komórka wątrobowa ma przemieniać santoninę w oksy-santoninę i jako taką wydzielać. A. Moukhtar i H. Djevat przeprowadzili wspomnianą próbę u zdrowych i chorych na wątrobę. U zdrowych krzywa wydzielania oksy-santoniny nie osiąga zbyt wysokiego poziomu i po 7—9 godzinach wybitnie opada. Inaczej zachowuje się krzywa u wątrobowo chorych. Autorowie przeprowadzili wspomnianą próbę u 16 chorych bez uszkodzenia wątroby i 15 chorych z wyraźnem uszkodzeniem wątroby i dochodzą do następujących wniosków: 1) w schorzeniach wątroby rozmaitego rodzaju stwierdzono nieprawidłowe krzywe wydzielania, 2) w niektórych wypadkach z czynnością prawidłową wątroby krzywa była nieprawidłowa, co w znacznym stopniu zmniejsza wartość tej próby, 3) nie jest dowiedzionem czy przemiana santoniny jest wyłącznie zależna od komórek wątroby. Nadto mogły tu odgrywać rolę różnice indywidualne w wchłanianiu tego środka. W tym celu autorowie proponują wstrzykiwania dożylne.

M. Scheps (Lwów).

O gośćcu naczyniowym. H. KRYSZEK. Warsz. Czas. Lek. Nr. 13. 1936.

W pracy powyższej poruszono wpływ zakażenia gośćcowego na naczynia. Cały ustrój oddziaływuje na zakażenie reumatyczne. Po okresie zwyrodnieniowo-wysiękowym występują ziarniniaki — guzki Aschoffa, przekształcające się następnie w blizny — sklerozy reumatyczne. Zwłaszcza mięsień sercowy i zastawki oddziaływują żywo i trwale.

Podobnie też naczynia, będące onto- i filogenetycznie niczem innem, jak mniej zróżnicowaną ścianą samego serca, zostają zaatakowane przez schorzenie reumatyczne.

Autor podaje 5 przypadków, w których uważa tło gośćcowe za podłoże schorzeń naczyniowych.

Są to 2 przypadki dławicy piersiowej z ciężkiemi zmianami elektrokardjograficznemi, świadczącemi o schorzeniu naczyń wieńcowych; jeden przypadek *mesopulmonitis rheumatica*, jeden przypadek tętniaka tętnicy głównej, oraz przypadek bólów dławicowych w przebiegu zapalenia wsierdzia u 16-letniego osobnika.

H. Weber (Lwów).

Odczyn Takaty. S. MINC. Warsz. Czas. Lek. Nr. 14—15. 1936.

Celem zwiększenia czułości odczynu Takaty wstrzykiwał autor dożylnie 5 cm³ $^{1}/_{2}$% trypaflawiny, a badanie surowicy przeprowadzał dnia następnego. Po powyższej prowokacji miał wynik dodatni w przypadkach marskości wątroby, powolnego zapalenia wsierdzia, żółtaczki nieżytowej oraz w jednym z trzech badanych przypadków wrzodu dwunastnicy. *H. Weber* (Lwów).

O katalitycznych własnościach wody mineralnej ze źródła Nr. 1. (Michalskiego) w Busku-Zdroju. Z. ORŁOWSKI i E. KOŁOSZYŃSKI. Medycyna. Nr. 11. 1936.

Ponieważ nikt do tej pory nie badał własności katalitycznych wód mineralnych polskich, autorowie zajęli się pytaniem, czy woda buska (świeża, podgrzana, zimna, rozcieńczona, wreszcie stara t. j. dłuższy czas pozostająca we flaszkach) powoduje i w jakich granicach rozkład wody utlenionej. Wyniki badań są następujące: świeża woda buska przyspiesza rozkład H_2O_2, nie posiada natomiast oksydaz t. j. ciał, mających zdolność zabarwienia na ten, lub inny kolor pewnych związków bezbarwnych. Własności katalityczne tej wody słabną pod wpływem ogrzewania, dłuższej styczności z powietrzem i po przesączeniu. Dały się one wykazać jeszcze po 16 dniach. Sprawa zdolności katalitycznych wody przechowywanej we flaszkach przez czas dłuższy, z uwagi na małą ilość badań, oraz pewną rozbieżność wyników miareczkowania — pozostaje nierozstrzygnięta.

St. Malczyński (Lwów).

Wytrzeszcz w chorobie Basedowa. L. BROSSIO. Rass. Int. Clin. Ter. T. XVII. Nr. 9. 1936.

Autor stara się wyjaśnić patogenezę wytrzeszczu gałek ocznych w chorobie Basedowa. Przeciwnie jak inne objawy choroby Basedowa jest wytrzeszcz raczej wynikiem zaburzeń neurowegetatywnych. Charakterystyczną cechą wytrzeszczu w chorobie Basedowa jest brak równoczesnego rozszerzenia źrenic, w odróżnieniu od wytrzeszczu, wywołanego doświadczalnie po zadrażnieniu nerwu współczulnego szyjnego lub zwoju szyjnego górnego po którem występuje wytrzeszcz połączony z rozszerzeniem źrenic. A zatem wytrzeszcz w chorobie Basedowa nie jest wynikiem zadrażnienia nerwu współczulnego szyjnego. Nadczynność tarczycy nie jest czynnikiem ani niezbędnym, ani wystarczającym dla wywołania wytrzeszczu. Przemawiają zatem fakty kliniczne: 1) po usunięciu nadczynności tarczycy czy środkami, czy zapomocą leków czy naświetlań, czy też chirurgicznie, wytrzeszcz często pozostaje mimo, że wszelkie objawy nadczynności ustąpiły, a nawet wystąpiły objawy hipotyreozy, 2) nadczynność tarczycy może przebiegać bez wytrzeszczu, 3) po zażyciu znacznych ilości wyciągu tarczycy występują objawy nadczynności gruczołu tarczykowego za wyjątkiem wytrzeszczu. Autor opiera się nadto na faktach doświadczalnych, które wykazują: 1) że aparat mięśni gładkich, wywołujących wytrzeszcz, chociaż wrażliwy na działanie pewnych związków sympatyko-mimetycznych jest niezależny od wszelkich objawów neurowegetatywnych, a nawet od układu współczulnego oczodołu. Upada zatem teorja zadrażnienia układu współczulnego szyjnego jak i ogólnego. W doświadczeniu tyroksyna nie wystarcza do wywołania wytrzeszczu, wspomaga jedynie wystąpienie wytrzeszczu doświadczalnego i nie

dopuszcza do rozszerzenia źrenicy. Nieznacznego stopnia wytrzeszcz wywołany pewną dawką efedryny ulega wybitnemu wzmożeniu po wstrzyknięciu tyroksyny. Autor przyjmuje istnienie hormonu sympatyko-mimetycznego, działającego synergetycznie z tyroksyną na zakończenia współczulne w mięśniu Müllera, o budowie chemicznej pokrewnej adrenalinie, tyraminie lub efedrynie. Leczniczo autor zaleca stosowanie przetworów z grupy johimbiny. *M. Scheps* (Lwów).

Zachowanie się ciśnienia onkotycznego i jego rola w powstawaniu azocicy na tle chloropenji. Rass. Int. Clin. Ter. T. XVII. Nr. 10. 1936.

Chloropenję połączoną z azocicą autor napotykał po zabiegach operacyjnych, zakażeniach i zwężeniach odźwiernika. Autor stwierdził w tych schorzeniach prócz chloropenji we krwi obniżenie seryn, wzrost globulin w surowicy krwi, wzrost azotu mocznikowego w surowicy krwi, obniżenie ciśnienia onkotycznego, niezawsze proporcjonalnego do zachowania się ciał białkowych we krwi. Zaburzenie w zachowaniu się współczynnika ciał białkowych i obniżenie ciśnienia onkotycznego były wyraźnie zaznaczone w wypadkach wzmożonej azocicy na tle chloropenji. Obniżenie ciśnienia onkotycznego w łączności ze zmianami w układzie ciał białkowych we krwi uszkadza nabłonek kanalików nerkowych, skutkiem czego mocznik wydzielony może się przedostawać spowrotem do krwi, wywołując azocicę; dotyczy to wyłącznie mocznika, podczas gdy inne ciała jak kreatynina, związki fenolowe i inne zachowują się prawidłowo.

M. Scheps (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 15 października 1935 r.

1. Kol. Gross (z Krakowa) wygłosił odczyt p. t.: *„Wrota zakażenia i problem odporności w chorobie raka"* (streszcz. własne).

Kapitalną rolę w chorobie raka odgrywa skóra. Jeżeli fakt ten dotąd mógł ujść niespostrzeżony, to stać się to mogło tylko wskutek tego, że nowotwory złośliwe, które od lat z górą trzydziestu hodujemy w laboratorjach, przeszczepiane są z reguły ze zwierząt chorych na zdrowe, przez szczepienie podskórne lub śródmięśniowe. W tych warunkach zaś skóra zostaje ominięta i niema możności właściwego zareagowania. Rola, jaką odgrywa skóra w chorobie raka, wykazana być mogła dopiero wówczas, gdy w sposób systematyczny zaczęto szczepić nowotwory złośliwe doskórnie. Z inicjatywy prof. Besredki rozpoczęliśmy ten rodzaj przeszczepiania nowotworów przed trzema laty w Instytucie Pasteur'a w Paryżu. Doświadczenia wykonane zostały z t. zw. mięsakiem mysim Ehrlicha, który wszczepiony w dostatecznie dużej dawce pod skórę (lub do mięśni) wywołuje bez wyjątku guz, pojawiający się w miejscu wszczepienia, rosnący następnie naciekowo i zabijający zwierzę w stu przypadkach na sto, w przeciągu trzech do czterech tygodni. Po podskórnem szczepieniu przerzuty w węzłach chłonnych są zjawiskiem wyjątkowem.

Po dłuższych badaniach, wykonanych na znacznej ilości zwierząt, okazało się, że śródskórne szczepienie mięsaka daje wyniki zupełnie odmienne od szczepienia podskórnego. Niewielka dawka miazgi nowotworowej wprowadzona cienką igłą wprost do skóry zwierzęcia, wywołuje maleńki guzek, który pojawia się po kilku dniach w miejscu wszczepienia, w samej skórze, i jest z nią przesuwalny. Guzek ten posiada budowę mikroskopową mięsaka. Wycięty i wszczepiony pod skórę rozrasta się naciekowo i zabija zwierzę. Pozostawiony jednak własnemu losowi, ulega po upływie dwóch do trzech tygodni zeschnięciu, pokrywa się strupkiem i wreszcie odpada, pozostawiając po sobie ledwie widoczną, cienką i miękką bliznę. Z tą chwilą zwierzę staje się odporne na mięsaka. Można mu już teraz bezkarnie wszczepić śmiertelną dla zwierząt kontrolnych dawkę mięsaka Ehrlichowskiego do skóry, do mięśni, pod skórę, a nawet do jamy brzusznej: zwierzę nie reaguje i pozostaje zdrowe.

Odporność taka nie da się wywołać w żaden inny sposób, a zatem nie można jej wywołać ani szczepieniem krwi, ani zdrowych organów, ani wreszcie przez wstrzyknięcie miazgi z płodów zwierząt zdrowych. Odporności tej nie udaje się również wywołać przez wszczepienie zbyt małej dawki miazgi nowotworowej. Odporność pojawia się tylko wówczas, jeżeli dawka wszczepiona do skóry była dostatecznie duża, by wywołać w miejscu wszczepienia guzek skórny. Guzek ten, pozostawiony własnemu losowi musi całkowicie zniknąć. Z tą chwilą dopiero staje się zwierzę na nowotwór odporne, przyczem odporność ta jest ogólna, a nie miejscowa. Przez uodpornienie miejscowe samej skóry wywołujemy zatem odporność ogólną tak samo, jak w przypadku szczepienia przeciw wąglikowi.

Jeżeli zwierzęciu zdrowemu wstrzykniemy do skóry dawkę bardzo znaczną, wówczas, powstający w miejscu wszczepienia nowotwór nie zniknie, lecz będzie powoli rósł i z biegiem czasu zwierzę zabije. Charakterystyczną cechą nowotworów w ten sposób wywołanych jest jednak fakt, że wywołują one przerzuty i to w wielu węzłach chłonnych: pod czterema łapkami i w węzłach krezkowych.

Szczepienie pod skórę lub do mięśni jest zatem zupełnie odmienne w skutkach od szczepienia śródskórnego. Zwierzę, któremu wszczepimy miazgę nowotworową pod skórę, jest wobec rozwijającej się choroby zupełnie bezbronne. Inaczej przedstawia się natomiast sprawa wówczas, gdy zakazimy je drogą śródskórną. Powstaje wówczas reakcja obronna miejscowa (której wyrazem jest guz nowotworowy). Reakcja ta, jeżeli tylko dawka podana zwierzęciu nie była zbyt duża, wystarcza w wielu przypadkach do tego, by zwierzę uratować i chorobę w samym zarodku pokonać. Z tą chwilą staje się już zwierzę na dalsze zakażenia uodpornione. Jeżeli natomiast wszczepimy nieprzygotowanemu zwierzęciu do skóry znaczną dawkę, wówczas powstały w miejscu wszczepienia guz nie jest w możności pokonać zakażenia. Po pewnym czasie reaguje system chłonny: walka przenosi się do gruczołów chłonnych i pojawiają się przerzuty. Są one wyrazem takiej samej reakcji obronnej, jak guz pierwotny. Nie mogą jednak zakażenia pokonać i zwierzę ginie.

Doświadczenia wykonane skolei z mięsakiem mysim „S. 37" dały podobne wyniki. Podobne wyniki dały dalsze badania Besredki, Magata i Besnarda z rakiem królika (Brown-Pearce).

Rous i Beard wykonali niezależnie od nas doświadczenia na królikach w Instytucie Rockefellera w Nowym Yorku i otrzymali bardzo podobne wyniki. Wśród królików w stanie Kanzas i Iowa w U. S. A. panuje bowiem epidemja brodawczaków skórnych. Brodawczaki te są dobrotliwe, rosną tylko w skórze zwierząt i nigdy nie wywołują żadnych poważniejszych objawów chorobowych. Przekonano się jednak, że te same brodawczaki wycięte, zmiażdżone i wszczepione w postaci miazgi pod skórę, do mięśni lub do jamy brzusznej, rozrastają się, jak nowotwory złośliwe. i zabijają zwierzęta. Mikroskopowo przyjmują wówczas postać raków.

Tak więc zdaje się nie ulegać wątpliwości, że skóra odgrywa w chorobie raka główną rolę. Wyłania się teraz szereg zasadniczych problemów eksperymentalnych, które należy rozwiązać.

Rozprawy: Kol. Flaks J. zastanawia się nad tem, czy nowotwór przeszczepiony powstaje przez rozwój wszczepionych komórek nowotworowych, czy wskutek działania wyzwolonego „agensu". Doświadczenia kol. Grossa dowodziłyby, że mamy do czynienia z obecnością „agensu", który powoduje powstawanie nowotworu przeszczepialnego również u ssaków. Jednocześnie z pracą kol. Grossa ukazała się praca prelegenta na temat przeszczepiania narządów szczurów dorosłych i ssaków szczepionych nowotworami. Przeszczepiając miazgę płuca lub gruczoł chłonny takiego zwierzęcia można wywołać nowotwór. Wczesne, bo już po 12 godz., otrzymywanie nowotworu z miazgi narządów zwierząt szczepionych przemawia raczej za pochodzeniem komórkowem, a nie humoralnem nowotworu.

Wstrzykiwanie podskórne jest pewnego rodzaju wszczepieniem do narządów drogą krwi lub chłonki, któremi to drogami najłatwiej jest wywołać nowotwór. We własnych pracach przemawiający stwierdził, że komórki nowotworowe łatwo rosną w płucach i węzłach chłonnych oseska, gdyż narządy te znajdują się na drodze. którą szerzy się nowotwór wszczepiony do mięśni uda. Żaden inny narząd nie powoduje wyrastania nowotworu w krótkim czasie. Dziwnem więc wydaje się, aby tylko dwa narządy posiadały zdolność magazynowania „agensu". Węzły chłonne, znajdujące się w rozwidleniu tętnicy brzusznej, połączone są bezpośrednio z miejscem szczepienia i najpóźniej po 8 dniach od chwili szczepienia można w nich znaleźć komórki nowotworowe. Następnie komórki takie zatrzymują się we włosowatych naczyniach płuc. Tylko wyjątkowo, bo zaledwie jeden raz, otrzymał prelegent nowotwór po przeszczepieniu miazgi śledziony, co już wcześniej udało się Blumenthalowi. W węzłach chłonnych, które po przeszczepieniu powodują powstawanie nowotworu, zawsze można znaleźć mikroskopowo obecność komórek nowotworowych. Następnie prelegent opisuje różnice, zachodzące pomiędzy komórkami siateczki, a komórkami mięsaka i dodaje, że tylko w tych przypadkach otrzymywał dodatni wynik przeszczepiania, w których mikroskopowo można było w węźle chłonnym znaleźć komórki nowotworowe.

Nie udało się wywołać nowotworu po przeszczepieniu krwi zwierząt, uprzednio szczepionych nowotworem.

Metodyka wstrzykiwania miazgi nowotworowej dla wyjaśnienia omawianego zagadnienia wydaje się przemawiającemu niewłaściwa, gdyż w ten sposób wprowadza się komórki pod ciśnieniem bezpośrednio do krwiobiegu a tem samem do różnych narządów.

Przez silne wstrząsanie próbówki, zawierającej miazgę nowotworową, można raczej zabić dane komórki niż „agens".

Prelegent nie wywołał nigdy odporności u szczurów, szczepiąc im doskórnie mięsaka. Zdarza się, że po takiem szczepieniu wyrasta niewielki nowotwór, który częściowo lub całkowicie rozpada się, a później występuje odporność. Lecz są szczury odporne na nowotwór. Na czem ta odporność polega, dotychczas nie wiemy.

Kol. Z a k r z e w s k i z uznaniem podnosi, że kol. G r o s s odstąpił od poprzednich teoryj, jakoby rak był chorobą zakaźną i ograniczył interpretację do jednego nowotworu mysiego. Kol. G r o s s wspomniał, że nowotwór ten przyjmuje się w 100% przypadków i jeśli się już przyjmie, to z pewnością mysz zginie. W przypadkach mięsaka Ehrlicha spostrzeżenie to jest słuszne, inne nowotwory natomiast zachowują się inaczej. Gruczolakorak Ehrlichowski lub rak Flexnera-Joblinga cofają się, mimo że wyrastają do wielkości kasztana lub jaja kurzego. Mięsak Jensenowski również się cofa, mimo że osiąga pokaźne rozmiary. Jest rzeczą znamienną, że rak 63-ci myszy, cofając się daje odporność względem innych nowotworów. Jednakże u tych odpornych myszy powstaje czasem nawet w miejscu szczepienia. Wzrost nowotworów przeszczepialnych w dużej mierze zależy od pochodzenia zwierząt użytych do doświadczeń. Nowotwór, o którym wspominał kol. G r o s s istotnie przyjmował się w pracach mówcy od 8 lat w 100%. Jednakże ostatnio zdarzyło się, że się nie przyjął. Może być i tak, że przeszczepia się tkanki zakażone, nowotwór przyjmie się, lecz potem samoistnie się cofnie, poczem przychodzi nawrót i mysz ginie. Zwierzęta można uodpornić przeciw nowotworowi nietylko szczepieniem doskórnem, lecz również podskórnem, jak to właśnie czynił mówca. Co do samego przeszczepienia, to doniesienia kol. G r o s s a i Prof. B e s r e d k i są ciekawe, gdyż w piśmiennictwie mało jest wzmianek o tem, aby szczepieniem doskórnem w tak łatwy sposób można było uzyskać odporność. Gdyby to się potwierdziło, wtedy spostrzeżenie to byłoby nowe i godne uwagi. Jeśli chodzi o tłumaczenie, to według mówcy zjawisko to należałoby tłumaczyć złemi warunkami odżywczemi dla szczepu, nowotwór obumiera, jeśli nie zupełnie, to częściowo, a wiadomo, że duże martwice w nowotworze szczepionym powodują cofanie się jego. Można to uskutecznić, zgniatając wszczepiony nowotwór. Z dawniejszych badań innych autorów wiadomo, iż skóra w przypadkach szczepionych nowotworów ma wybitne znaczenie.

Kol. G r o s s L.: Program jest tak obszerny, że niemożliwem byłoby objąć całokształt zagadnienia i nie będę mówił, dlaczego odstąpiłem od teorji zakaźnej. Jest to czysta hipoteza, a nie chciałem bawić się w interpretację. Najważniejsze są fakty i tych faktów się trzymamy. Czasami się zdarza, że nowotwór jest zakażony i się nie przyjmie, lecz zaznaczam, że wszystkie nasze szczepy są czyste. Nie mogę również przypuszczać, aby w naszym przypadku myszy były od początku odporne.

Kol. Z a k r z e w s k i mówi, że nowotwór w skórze ma gorsze warunki odżywcze. Warunki w skórze są niedobre i dlatego nowotwór się nie rozwija. To zależy tylko od dawki. Wstrzyknięcie dawki potrójnej zabija zwierzę. Nowotwór złośliwy wszczepiony pod skórę i zgnieciony palcami nie znika, wprost przeciwnie, znacznie szybciej rośnie.

Jest niemożliwem wdawać się w dyskusję. Są to nagie fakty zupełnie świeże. Są tysiące problemów. Interesujące jest to, co kol. Z a k r z e w s k i mówił, że zwierzę uodpornione na raka 63, jest również odporne na nowotwór Ehrlicha.

2. Kol. A p f e l b a u m E. wygłosił odczyt p. t.: *„Badania kliniczne nad krzywą dysocjacji oksyhemoglobiny w przebiegu niedokrwistości"* (streszczenie własne).

Autor oznaczał własną metodą właściwości oraz przebieg krzywej wiązania tlenu przez hemoglobinę w przebiegu niedokrwistości zwykłej oraz złośliwej. Z badań tych wynika, że w niedokrwistości wszystkich typów istnieją w tkankach warunki łatwiejszego odszczepiania tlenu przez krew.

Utlenianie krwi żylnej w płucach jest przeważnie prawidłowe, a czasem nawet wzmożone i z tego powodu krew tętnicza, mimo istnienia niedokrwistości, jest prawie całkowicie utleniona.

Obniżenie krzywej dysocjacji oksyhemoglobiny jest znaczniejsze w niedokrwistości złośliwej niż zwykłej. Nawet okres zwolnienia choroby w niedokrwistości typu Addisona-Biermera nie sprowadza procesów wiązania i oddawania tlenu do stanu prawidłowego, co jest dowodem trwania czynnika patogenetycznego nawet w okresie pozornego zdrowia. Dalsze badania dowiodły, że ani przebieg kliniczny, ani stopień niedokrewności nie wpływają decydująco na przebieg krzywej dysocjacji.

Wyniki badań autora nad obniżeniem pojemności tlenowej krwi prowadzą do wniosku, że stany niedokrwistości patologicznie przeobrażają budowę zespołu barwnego cząsteczki hemoglobiny.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Prof. Dr. Teofil G r y g l e w i c z zmarł w Wilnie w wieku 63 lat.

Dr. Michał J a n u s z k i e w i c z zmarł w Warszawie w wieku 68 lat.

Doc. Dr. Tadeusz P i s a r s k i zmarł w Krakowie w wieku 57 lat.

Dr. Władysław S a w i c k i zmarł w Warszawie w wieku 70 lat.

Różne.

Z k r a j u.

Zagadnienie bezpieczeństwa i higjeny pracy będzie bardzo szczegółowo i dokładnie przedstawione po raz pierwszy w Polsce w ramach Wystawy Przemysłu Metalowego i Elektrotechnicznego, która odbędzie się w Warszawie w czasie od 23. VIII. do 11. X. 1936.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 19. IV. do 16. V. 1936:

Choroby	Tydzień 17 19 - 25/IV	Tydzień 18 26/IV—2/V	Tydzień 19 3—9/V	Tydzień 20 10—16/V
Ospa	—	—	—	—
Dur brzuszny	139 *13*	116 *8*	156 *13*	155 *7*
Dury rzekome	1	—	2	—
Dur plamisty	143 *7*	148 *8*	139 *11*	104 *7*
Dur powrotny	—	—	—	—
Czerwonka	5	5	4	8 2
Płonica	296 5	231 *8*	265 *6*	249 *7*
Błonica	305 *12*	294 *11*	310 *11*	274 3
Nagm. zap. opon m.-rdz.	47 *8*	47 *7*	28 *8*	50 *4*
Odra	1015 *11*	1110 *8*	686 5	905 5
Krztusiec	169 *8*	193 *8*	299 *11*	326 6
Zimnica	4	9	14	12
Zakażenie połogowe	35 2	25 *8*	28 *7*	40 6
Choroba Heine-Medina	4	—	3	—
Nagm. zap. mózgu	—	—	—	2
Choroba Banga	—	—	—	—
Trąd	—	—	—	—
Gruźlica	514 *210*	550 *218*	675 *215*	535 *211*
Róża	100 *4*	84 5	104 *6*	92 5
Jaglica	579	486	640	609
Twardziel	—	—	—	1
Wąglik	—	—	1 *1*	—
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	5	3	4	1
Wścieklizna	—	—	—	*1*

Liczby pochylone oznaczają zgony.

Polska posiada w chwili obecnej cały szereg pierwszorzędnie urządzonych pod względem leczniczym zdrojowisk i stacyj klimatycznych, stojących równocześnie pod względem mieszkaniowym oraz kulturalnym na poziomie europejskim. Cały szereg uzdrowisk posiada baseny z naturalnemi wodami mineralnemi, nowoczesne inhalatorja, komfortowe łazienki i urządzenia lecznicze do hydroterapji, diatermji, elektroterapji, całego szeregu zabiegów specjalnych i t. p. Ponadto wszystkie nasze uzdrowiska posiadają estetyczne kwietne ogrody, aleje spacerowe, leśne parki. Dotychczasowa propaganda naszych uzdrowisk szła głównie, a właściwie jedynie, w kierunku spopularyzowania ich jako miejsc leczniczych dla osób chorych, szukających w nich poratowania zdrowia. Niemal całkowicie nie docenia się u nas, w przeciwieństwie do zagranicy, uzdrowisk jako miejsc zjazdów i kongresów krajowych lub nawet międzynarodowych. W ten sposób omija się w Polsce doskonały moment propagandy naszych uzdrowisk wśród osób zdrowych, mogących w ciągu paru dni zapoznać się z pięknem ich krajobrazu, nowoczesnemi urządzeniami, komfortowemi willami i t. d. bez konieczności odbycia w nich ku-

racji. Zagranicą niemal większość kongresów i zjazdów zwoływana jest w ostatnich latach do zdrojowisk i stacyj klimatycznych, a już z reguły żaden zjazd lub kongres nie pomija sposobności zwiedzenia największych i najlepiej urządzonych zdrojowisk danego kraju. Jest to jeden z najlepszych i dających świetne wyniki sposobów propagandy zdrojowisk krajowych. Ponadto wchodzące w danym razie w rachubę największe zdrojowiska nasze posiadają zawsze szereg dobrze urządzonych pensjonatów i hoteli, mogących poza sezonem głównym wygodnie pomieścić większą ilość osób jednocześnie. Warto byłoby zainteresować tego rodzaju propagandą komitety zjazdów lub kongresów, aby stosowały częściej niż dotychczas ten u nas nowy sposób zapoznania szerokich sfer z uzdrowiskami.

Niemcy.

W Niemczech roczne spożycie cukru przez 1 mieszkańca wynosi 20 kg, we Francji 22 kg, w Szwajcarji 30 kg, we Włoszech zaś tylko 5.5 kg.

Węgry.

Na Węgrzech opisano przypadek zatrucia nikotyną u niemowlęcia 3-tygodniowego. Karmiąca matka wypalała dziennie do 40 papierosów.

Stany Zjedn. A. P.

Najmniejszą śmiertelność dzieci w r. 1935 wykazała Kalifornja, mianowicie 49 na 1000. Śmiertelność dzieci rasy białej wyniosła 39 na 1000.

H. G. Armstrong, kapitan sanitarnego wydziału lotnictwa Stanów Zjedn., opisał zespół objawów występujących często u pilotów i nazwał je aeroneurozą.

Rumunja.

W r. 1935 zanotowano ponad 34.000 zgonów spowodu gruźlicy.

Liczba łóżek dla gruźliczych w całym kraju wynosiła 4.340.

Tylko 13.000 chorych na 200.000 mogło znaleźć pomieszczenie w instytucjach państwowych i prywatnych.

Norwegja.

Spis ludności z r. 1935 wykazuje stale malejący przyrost naturalny. Liczba urodzin wynosiła w r. 1934 — 14.8%, w r. 1935 — 14.4%.

Japonja.

Przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Tokjo powstał instytut dla badań mózgu dzięki hojności pewnego filantropa. Instytut jest podzielony na oddziały: chemiczny, anatomo-histologiczny, psychologiczny i medycyny socjalnej (higjeny psychicznej i statystycznej).

Holandja.

Fundacja Rockefellera przeznaczyła 20.000 dolarów Uniwersytetowi w Leydzie na badania w dziedzinie psychjatrji dziecięcej.

Argentyna.

W Bahia-Blanca, 600 km od Buenos Aires, otwarto szpital dla ubogich chorych na raka. Szpital ten zostaje pod kierownictwem Instytutu Medycyny Doświadczalnej w Buenos Aires.

Redakcja otrzymała:

A. Bloch: Prawo lekarskie — komentarz. Wyd. Księgarnia Powszechna, Kraków 1936.

Société des Nations: Le problème de l'alimentation. Vol. II. Rapport sur les bases physiologiques de l'alimentation.

O. Simon: Die Karlsbader Kur im Hause. Wyd. J. Springer, Wiedeń, 1936. Cena: 4,80 RM.

A. Souques: Étapes de la neurologie dans l'antiquité Grecque. Wyd. Masson et Cie. Paryż, 1936. Cena: 45 fr.

Fifty-second Annual Report of the Bureau of American Ethnology. 1934—1935.

T. Ostrowski i W. Dobrzaniecki: Considérations sur la valeur de l'implantation des uretères selon la méthode de R. C. Coffey à la lumière de l'urographie intra-veineuse. Odb. z „Journal de Chirurgie". T. 47. Nr. 6. 1936.

A. Szteinberg: O promieniach wogóle i rentgenowskich w szczególności. Odb. z „Lekarza Polskiego". Nr. 4. 1934.

J. Gallus: Przewodnik neurologiczno-psychjatryczny po Polsce. Wyd. staraniem Komit. Organ. I Zjazdu Neurologów i Psychjatrów Ziem Słowiańskich. Cena: 1.50 zł. (Do nabycia w Zarządzie Tow. Neurol. i Psych. Ziem Słow. — Dr. Jan Gallus, Pruszków — Szpital Tworki).

Butkiewicz, Fr. Czubalski, K. Chodkowski, J. W. Grott i M. Konopacki: Wykłady o trzustce. Wyd. Dwutygodnik „Medycyna". Warszawa, 1936.

Nouvelle pratique dermatologique. redag. przez Darier'a, Sabouraud'a, Gougerot'a, Milian'a, Gautrier'a, Ravaut'a, Sézary'ego, Cl. Simon'a. T. VIII. Wyd. Masson et Cie, Paryż, 1936. Cena: 300 fr.

Recueil trimestriel de l'encyclopédie médico-chirurgicale. R. VI. 8 — 1935 i R. 5 — 1936. (Foie, maladies infectieuses et parasitaires).

Société des Nations: Le problème de l'alimentation. Vol. I. Rapport préliminaire du comité mixte pour le problème de l'alimentation 1936.

H. v. Heberer: Zur Operationsanzeige beim Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür. Vortr. aus der prakt. Chirurgie. Z. 9. 1936. Wyd. F. Enke, Stuttgart.

V. Jedlička: Pathologická anatomie orgánů s vnitřní sekrecí. Wyd. Bursik i Kohout. Praga, 1936.

J. Latkowski u. B. Charlampowicz: Über die biologische Wirkung der sog. Kurzwellen. Odb. z „Bull. de l'Acad. Pol. des Sciences et des Lettres". Kraków, 1936.

Union des organisations antituberculeuses de Pologne: IX Conférence de l'union internationale contre la tuberculose. Varsovie, 4—6 sept. 1934.

Pamiętnik VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego 1935. Nakł. Kom. Org. Lek. Kursów Wak. w Ciechocinku.

Wł. Dobrzaniecki: Radiografja i radjodiagnostyka dróg nasiennych. Polski Przegląd Chirurg. T. XII. Z. 5—6. 1933.

Wł. Dobrzaniecki: Kilka uwag w sprawie przetaczania krwi. Polski Przegląd Chirurg. T. XII. Z. 5—6. 1933.

Wł. Dobrzaniecki i J. Sowiakowski: Gangljektomje i ramisekcje. Polski Przegląd Chirurg. T. XIII. Z. 1. 1934.

Wł. Dobrzaniecki i K. Serafin: Z badań anatomicznych nad t. zw. nerwem przedkrzyżowym (Latarjet i Bonnet) względnie splotem podbrzusznym górnym (Hovelacque) z punktu widzenia chirurgicznego. Polski Przegląd Chirurg. T. XIII. Z. 1. 1934.

Wł. Dobrzaniecki i St. Stankiewicz: Nowotwór szyi wychodzący z pnia współczulnego (neuroma gangliocellulare) u dwuletniego dziecka. Polska Stomatologja. Rocznik 16. Nr. 9. 1936.

Wł. Dobrzaniecki i E. Michałowski: Influence de la suppression de l'excrétion de la parotide sur la glycorégulation. Lyon Chirurgical. T. XXVIII. Nr. 5. 1931.

Wł. Dobrzaniecki: Verfahren bei Eiterüberschwemmung der Bronchialwege infolge Durchbruchs des Pleuraempyems. Schweizer. Medizin. Wochenschr. Nr. 21. 1932.

Wł. Dobrzaniecki: Sulla resezione della mandibola e sua restaurazione. Archivo Italiano di Chirurgia. T. XXXV. Z. 2. 1933.

Wł. Dobrzaniecki: Plastic Surgery of the Face. Revue de Chirurgie Plastique. Nr. 3. 1931.

Wł. Dobrzaniecki i J. Sowiakowski: Les tumeurs de l'orbite. Journal de Chirurgie. T. XLII. Nr. 2. 1933.

Wł. Dobrzaniecki: Radiographie et radiodiagnostic des voies génitales masculines (vaso-épididymo-vésiculographie). Journal de Chirurgie. T. XLII. Nr. 6. 1933.

Wł. Dobrzaniecki i K. Serafin: Anatomical study upon the superior hypogastric plexus or the pre-sacral nerve from the surgical standpoint. Annals of Surgery T. C. Nr. 1. 1934.

Wł. Dobrzaniecki: La reconstitution de l'épispadias controlée par l'urétrographie. Journal d'Urologie. T. 40. Nr. 4. 1935.

Wł. Dobrzaniecki: Sur un cas de myosite ossifiante progressive. Mémoires de l'Académie de Chirurgie. T. LXI. Nr. 33. 1935.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł. 12.—

zagranicą . . . . zł. 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.